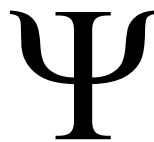




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Ungdom med rus- og traumeproblematikk i et behandlingsperspektiv

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

Eirin Finnes Skjåstad og Mette Halvorsen

Vår 2013

Veileder
Kjersti Arefjord

Abstract

The purpose of this paper is to describe various treatments for adolescents with concurrent traumatic experiences and substance use disorder. Adolescent with this comorbidity will be in need of treatment tailored to their developmental premises. Characteristics of the group and different treatment approaches are discussed. From presented theory and empirical evidence this paper assumes that an integrated approach to treatment would be more effective compared to separate treatment of the two disorders. Based on available research about treatment effects in general and the complex needs of this group, integrated and separate treatment models will be discussed. Various recurrent factors in both approaches that may be effective in the treatment of youth with this type of comorbidity will be focused on. Therapeutic implications are discussed in conclusion.

Sammendrag

Denne oppgaven har som formål å beskrive ulike behandlingsopplegg for ungdom med samtidig rus- og traumeproblematikk. Ungdom med denne problematikken vil ha behov for behandling tilpasset deres utviklingsmessige forutsetninger. Kjentegn ved gruppen og ulike behandlingstilnærminger vil bli diskutert. Oppgaven antar ut fra presentert teori og empiri at integrert tilnærming til behandling vil ha bedre effekt sammenlignet med separat behandling av de to lidelsene. Ut fra tilgjengelig forskning om behandlingseffekter generelt og hvilke spesielle behov denne gruppen har, blir integrerte og separat behandlingsmodeller drøftet. Videre drøftes gjennomgående faktorer fra begge tilnærmingene som kan tenkes å ha effekt i behandling av ungdom med denne formen for komorbiditet. Terapeutiske implikasjoner drøftes avslutningsvis.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| Innledning | 7 |
| Problemstilling og formål | 9 |
| Metode | 10 |
| Begrepsavklaring | 10 |
| Ungdom og traume | 13 |
| Konsekvenser av traumer | 14 |
| Diagnostiske utfordringer | 16 |
| Ungdom og rusmidler | 17 |
| Rus og traume | 18 |
| Selvmedisineringshypotesen | 20 |
| Kritikk av selvmedisineringshypotesen | 21 |
| Behandling av komorbid SUD og traumeproblematikk | 22 |
| Sekvensiell og parallell behandling | 22 |
| Separat behandling av SUD og traumer | 24 |
| Separat behandling av traumeproblematikk..... | 24 |
| « <i>Trauma focused cognitive behavior treatment</i> » (TF-CBT) | 24 |
| « <i>Eye movement desensitization and reprocessing treatment EMDR</i>)..... | 25 |
| « <i>Multimodal trauma treatment</i> » (MMTT)..... | 26 |
| Separat behandling av SUD | 26 |
| <i>Familieterapi</i> | 27 |
| <i>Motiverende intervju (MI)</i> | 28 |
| <i>Tolvstegsmodellen</i> | 29 |
| Integrert behandling..... | 29 |
| Eksponeringsbasert behandling for PTSD og SUD | 32 |

| | |
|--|-----------|
| «Concurrent treatment for PTSD and substance use disorder with prolonged exposure» (COPE) | 33 |
| «Substance dependence PTSD therapy (SDPT) | 34 |
| «Dual assessment and recovery track» (DART)..... | 35 |
| Kognitiv atferdsterapi for PTSD i rusbehandling | 36 |
| «Seeking safety» (SS) | 36 |
| Behandling av ungdom | 37 |
| Behandlingsutfordringer | 38 |
| Ungdom med SUD og traumeproblematikk i behandling | 40 |
| Tilpasninger i behandling | 41 |
| Diskusjon..... | 44 |
| Behandlingsmodeller | 45 |
| Gjennomgående elementer i behandling | 49 |
| Utfordringer i behandling av ungdom med komorbid SUD og traumeproblematikk | 52 |
| Begrensninger | 56 |
| Konklusjon | 57 |
| Referanser | 59 |

Innledning

Ungdom som utsettes for traumer i barndommen er en sårbar gruppe med økt risiko for å utvikle psykiske vansker som depresjon, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), angst og rusproblematikk (Kilpatrick et al., 2003). Forskning støtter en sterk sammenheng mellom traumatiske hendelser i barndom og senere utvikling av psykopatologi (Khoury, Tang, Bradley, Cubells, & Ressler, 2010; Mueser & Taub, 2008; Putnam, 2003; Schilling, Aseltine, & Gore, 2007), med en større sannsynlighet for utvikling av «substance use disorder» (SUD) (Nelson et al., 2002), usikker tilknytning (Cohen, Mannarino, Zhitova, & Capone, 2003) og selvreguleringsvansker (Spinazzola et al., 2005).

Komorbid rus- og traume problematikk forekommer hyppig blant ungdom og traumatisering i barndom har vist en sammenheng med utvikling av rusmisbruk i voksen alder (Khoury et al., 2010; Reed, Anthony, & Breslau, 2007). En studie av ungdom med SUD, utført både i en klinisk gruppe og normalpopulasjonen viste at 50-75 % hadde opplevd en eller flere traumatisk hendelse og 11-47 % hadde en PTSD diagnose (Giaconia, Reinherz, Paradis, & K, 2003).

En forklaringsmodell for forekomsten av samtidig SUD og traumeproblematikk er selvmedisineringshypotesen (SMH). Hypotesen tar utgangspunkt i at traumet oppstår forut for SUD, og at rus blir brukt for å håndtere reaksjoner og symptomer relatert til en tidligere traumatisk opplevelse. Rusen kan dempe smertefulle affektiltilstander, og på denne måten være en adaptiv reaksjon på den traumatiske hendelsen (Khantzian, 1997; Khantzian, Mack, & Schatzberg, 1974). Rus og psykisk lidelse (ROP-lidelse) hos ungdom er av flere grunner utfordrende å behandle, blant annet skyldes dette sammensatt behandlingsbehov og høy alvorlighetsgrad av symptom (Bender, Springer, & Kim, 2006). Komorbid PTSD og SUD er også assosiert med et mer kompleks behandlingsforløp sammenlignet med separat SUD eller PTSD. Denne gruppen har dårligere sosial funksjon, større vansker med å følge opp

behandling og de viser mindre bedring (McCauley, Killeen, Gros, Brady, & Back, 2012).

Traumets art kan også påvirke utfallet av vansker i etterkant av hendelsen, og særlig tidlig mellommenneskelig traumatisering er assosiert med sammensatte og gjennomgripende vansker (van der Kolk, 2005).

Ungdom søker sjelden selv behandling og er en utfordrende gruppe å motivere til behandling (Bengtson, 2007), men forskning viser at suksessfulle intervensjoner i ungdomstiden synes å ha positive langtidseffekter gjennom livsløpet (Susman, Feagans, & Ray, 1992). Ungdom med rus og traumeproblematikk har en sammensatt problematikk, og studier har vist at traume (van der Kolk, 2003) og SUD (Medina, Schweinsburg, Cohen-Zion, Nagel, & Tapert, 2007) er assosiert med anormaliteten i hjernefunksjon og –struktur hos ungdom. SUD og traume er i tillegg assosiert med økt risiko for selvmordsforsøk hos barn, ungdom og unge voksne (Brent et al., 2002). Rosenberg og Jankowski (2009) viser til at ungdom som har vært utsatt for traume har økt risiko for selvskading, å ruse seg og seksuell risikotaking. Ubehandlet kan vanskene fortsette i voksenalder, noe som kan lede til et kronisk forløp (Cohen et al., 2003).

Det er de siste årene rettet et større fokus på behandling av pasienter med komorbid rus og traumeproblematikk (Helsedirektoratet, 2012). Fokus har endret seg fra å behandle rus- og traumeproblematikk adskilt mot en mer integrert behandlingsform. Det har de siste 10 årene blitt utviklet en rekke integrerte behandlingsprogram som fokuserer på interaksjonen mellom rus og traume (Carruth & Burke, 2006; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2006). Disse studiene er primært utviklet på bakgrunn av forskning gjort på voksne, og få studier har hatt fokus på ungdom (Jaycox, Ebener, Damesek, & Becker, 2004). Ungdom har andre utviklingsmessige utfordringer enn voksne og barn, og kan derfor ha andre behov i behandling.

Problemsstilling og formål

Med bakgrunn i økende fokus på behandling av komorbid rus og traumeproblematikk og behovet for evidensbaserte behandlingsmetoder for denne gruppen, ønsker vi i denne oppgaven å belyse og drøfte behandling for ungdom med denne typen problematikk. Forskning på feltet baserer seg primært på behandlingsstudier av voksne. Ungdom er på et annet utviklingsstadium enn voksne, og ut fra de ulike konsekvensene av dette vil vi drøfte betydningen av et tilpasset behandlingsopplegg for denne gruppen.

Vi vil beskrive ulike behandlingsmetoder og faktorer som er viktige å ta hensyn til i behandling av ungdom. Oppgaven tar utgangspunkt i både separate og integrerte behandlingsmetoder for SUD og traumeproblematikk. Med utgangspunkt i disse ser vi på elementer som har vist seg effektive i behandling av ungdom med denne problematikken. Oppgaven bygger på en antakelse om at integrert behandling vil være mer effektiv sammenlignet med separat behandling. Å ta bort tilgang på rusmidler kan bety at man også fjerner personens strategi for å mestre vanskene knyttet til opplevd traume. Et samtidig fokus på begge lidelsene vil kunne gi en mer helhetlig forståelse av interaksjonen mellom vanskene, og kunne gi bedre behandlingsutfall for denne gruppen.

Vi vil i oppgaven belyse og drøfte følgende problemstillinger:

- 1) Hvilke ulike behandlingselementer og - metoder har dokumentert effekt for rus og traumeproblematikk?
- 2) Hvordan behandle komorbid rus og traumeproblematikk hos ungdom?
- 3) Implikasjoner for terapi med ungdom med rus og traumeproblematikk.

Metode

Relevant litteratur ble identifisert gjennom litteratursøk i følgende databaser: Web of Science og PsychINFO, BISYS, Cristin, PubMed, SIRUS (Statens institutt for rusmiddelforskning) og PsycArticles (APA). Primære søkeord ble brukt alene og i kombinasjon: «youth/adolescents», «(integrated) treatment», «evidence-based», «substance use disorder (SUD)», «substance use», «psychological trauma», « (complex) trauma», «posttraumatic stress disorder (PTSD)». Utvelgelse av litteratur og artikler ble gjort ut fra hvor relevante de ble vurdert til å være i forhold til problemstillingen.

Begrepsavklaring

Ungdom

I oppgaven vil ungdom bli definert som personer mellom 12 til 25 år. Dette gjøres med bakgrunn i at studiene som blir presentert i oppgaven har utvalg med varierende aldersspenn.

Traume

En traumatisk hendelse defineres i «Diagnostic and statistical manual of mental disorders» (DSM-IV) som en situasjon der «personen opplevde, var vitne til eller ble konfrontert med en eller flere hendelser som innebar livsfare eller trussel om død eller alvorlig skade eller trussel mot egen eller andres fysiske integritet» (American Psychiatric Association, 1997, s.160).

Traume hos barn og unge kan defineres som «... overveldende, ukontrollerbare hendelser som innebærer en ekstraordinær psykisk påkjenning for det barn eller den ungdom som utsettes for hendelsen. Vanligvis oppstår slike hendelser brått og uventet, men noen hendelser gjentar seg i mer eller mindre identisk form (mishandling, seksuelt misbruk) uten at barnet kan hindre dem. Hendelsene medfører ofte at barnet føler seg hjelpeløst og sårbart» (Dyregrov, 2000, s.11).

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD). DSM-IV sin definisjon av PTSD vil bli benyttet i oppgaven da denne er mest utbredte innenfor forskning. For å oppfylle kriterium for PTSD i henhold til DSM-IV må en ha opplevd en traumatisk hendelse eller en stressor, og dette må lede til ulike grader av symptom på gjenopplevelse av traume, unngåelse og økt fysiologisk respons. Eksempel på symptom er «flashback», følelsesmessig nummenhet og søvnvansker. For at diagnosen kan stilles må følgende kriterier være tilstede hos personen som er eksponert for en traumatisk hendelse: begge kriteriene for opplevd stressor, minst ett kriterium for gjenopplevelse, minst tre kriterier for unngåelse og minst to for økt fysiologisk respons. Tilstanden må i tillegg ha vart i minst en måned og medført funksjonsnedsettelse for at diagnosen kan stilles (American Psychiatric Association, 1997).

Komplekse traumer. Komplekse traumer har en flertydig definisjon og refererer både til traumets art og konsekvensen av traumet. Cook, Blaustein, Spinazzola og Kolk (2003, s. 5 egen oversettelse) definerer komplekse traumer som «et barns opplevelse av multiple traumatiske hendelser som forekommer innenfor barnets omsorgssystem – systemet som skal være kilden til trygghet og stabilitet i et barns liv». Opplevelsene er kroniske og skjer på et tidlig stadium av livet (Cook et al., 2003).

Traumeproblematikk. Oppgaven vil benytte traumeproblematikk for å referere til vansker relatert til traumatiske hendelser, dette vil også inkludere PTSD diagnosen og PTSD symptom. Forskning skiller vanligvis mellom disse begrepene, men for å inkludere det brede spekteret av utfall relatert til traume har vi valgt å benytte traumeproblematikk som et overordnet begrep.

Rus

Ved definisjon av ruslidelser skiller man ofte mellom misbruk og avhengighet. Misbruk refererer til et overforbruk av en substans og knyttes gjerne til mengde ved inntak og hyppigheten mellom inntak av substansen (Helsedirektoratet, 2012; Verdens

helseorganisasjon, 2000). Overforbruk blir på sin side definert ut fra samfunnets normer og kulturelle forskjeller vil påvirke hva et alkoholmisbruk vil innebære. Misbruk av andre narkotiske stoffer er ofte sett i sammenheng med om substansen er lovlig å bruke eller ikke. Hvis stoffet er klassifisert som ulovlig blir inntak av substansen definert som misbruk uavhengig av mengde i det spesifikke samfunnet (Lund et al., 2010). Avhengighet av rusmidler defineres ut fra et gjentatt bruk av substansen, som resulterer i kognitive, fysiske og atferdsmessige endringer ved langvarig bruk. Brukeren får et sterkt ønske om å ruse seg, økt toleranse og fysisk abstinenser oppstår ved mangel på inntak av substansen (Helsedirektoratet, 2012; Verdens helseorganisasjon, 2000).

«**Substance use disorder**» (SUD). SUD er et samlebegrep for avhengighet, misbruk og skadelig bruk av rusmidler (Helsedirektoratet, 2012). Ved gjennomgang av litteratur er SUD det mest gjennomgående begrepet innenfor rusfeltet. Siden dette dekker de fleste sidene ved ruslidelser vil vi ta utgangspunkt i denne definisjonen når vi omtaler rusaspektet i vår oppgave.

Rus og psykisk lidelse (ROP-lidelse)

Vi vil i oppgaven benytte begrepet ROP-lidelse når vi refererer til personer som har samtidig ruslidelse og psykisk lidelse da dette er et innarbeidet begrep i Norge og i tråd med nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012).

«Treatment as usual» (TAU)

TAU er et samlebegrep for standardiserte behandlingsmetoder gitt av behandlende instans for aktuelle behandlingsgruppe, og blir ofte benyttet som kontrollmetode ved forskning av andre behandlingsmetoder for komorbid traume og rus. Begrepet vil bli brukt gjennomgående i oppgaven.

«Case management»

«Case management» er en metode for tjenestelevering som ivaretar formidling mellom pasienter eller brukere som har behov for flere tjenester, kontinuitet og støtte..» (Evjen, Kielland, & Øiern, 2012, s. 250). Dette omfatter samhandling av tjenester rundt en person, som hjelp til å finne boligtilbud, innsending av søknader, utforming av kriseplaner og aktivitetstilbud.

Ungdom og traume

En del barn vil erfare traumatiske hendelser som kan medføre alvorlige konsekvenser både i barndom og i voksenlivet. Eksempel på traumatiske hendelser kan være å bli utsatt for en alvorlig ulykke, plutselig død av en nær person og å bli utsatt for eller være vitne til ulike typer mishandling (van der Kolk, 2005). I en longitudinell studie av amerikanske barn og ungdommer, rapporterte 25 % å ha opplevd minst en alvorlig traumatisk hendelse. De hyppigst rapporterte traumatiske hendelsene var plutselig dødsfall av nære personer, å være vitne til traumatiske hendelser og bli utsatt for seksuelt misbruk. Av disse rapporterte 72 % at de hadde opplevd en slik traumatisk hendelse, 18 % rapporterte om to hendelser og de resterende 10 % rapporterte om tre eller flere traumatiske hendelser (Costello, Erkanli, Fairbank, & Angold, 2002). Tallene er i tråd med en norsk studie av avgangselever fra videregående skole der 25 % oppgir å ha vært utsatt for minst et tilfelle av vold utført av foreldrene en eller flere ganger (Stefansen, 2007). I en kartleggingsstudie oppga 47,2 % av barn og unge henvist til to ulike barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) å ha opplevd en eller flere traumatiske hendelser (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt, & Egeland, 2012). Angrep eller alvorlige trusler om vold utenfor familien var hyppigst rapportert (58,7 %), deretter plutselig død eller alvorlig sykdom hos en nær person (54,3 %), og vold i hjemmet (36,9 %). Barna ble også spurt om hvilke hendelser de opplevde som verst. Å bli direkte utsatt for eller vitne til vold i hjemmet ble hyppigst rapportert (32,6 %), deretter vold

utenfor hjemmet (24,5 %) og seksuelle overgrep både utenfor og innenfor familien (14,1 %) (Ormhaug et al., 2012). Disse funnene viser at traumer i barndommen forekommer relativt hyppig, både i normalpopulasjonen og hos barn og ungdom i behandling.

Konsekvenser av traumer

Sammenlignet med voksne er barn og unge ekstra sårbare når de utsettes for traumer da de i større grad er avhengig av sine omsorgsgivere for overlevelse, tilknytning og fortolkning av verden rundt seg (Pynoos, Steinberg, & Piacentini, 1999; van der Kolk, 2005). Ifølge Pynoos et al. (1999) vil en traumatisk hendelse kunne påvirke et barns utviklingsforløp på ulike måter, eksempelvis ved forstyrrelse i evne til å vurdere og å respondere på fare og vansker med aldersadekvat emosjonsregulering. Cook et al. (2005) hevder at tidlig eksponering for traumer kan gi utslag i syv primære domener; tilknytning, biologi, affektregulering, dissosiasjon, atferdsregulering, kognisjon og selvkonsept. Eksempelvis kan tilknytning påvirkes i form av vansker med å sette grenser ovenfor andre og usikker tilknytning i form av engstelig og avvikende atferd (Cohen et al., 2003), atferdsregulering i form av rusmisbruk og kognisjon i form av oppmerksomhetsvansker (Cook et al., 2005). Dette støttes av en undersøkelse av klinikere som jobbet med barn usatt for traumer, og som rapporterte at mer enn 50 % av barna hadde signifikant forstyrrelse på nevnte områder i tillegg til vansker med impuls kontroll, aggresjon og risikotaking. Reguleringsvansker ble av klinikerne ansett som et kjerneelement (Spinazzola et al., 2005). Van der Kolk (2005) peker på at traumatiske opplevelser påført av omsorgspersoner er særlig skadelig for barn ved at det kan medføre kronisk forhøyet kroppslig aktivering og en opplevelse av mangel på kontroll og stabilitet, noe som igjen kan gi utslag i oppmerksomhetsvansker, mareritt og dissosiasjon. I tillegg kan mellommenneskelig traumatisering i barndom gi opphav til en mer kompleks psykopatologi sammenlignet med senere traumatisering (van der Kolk, 2005).

Det er store individuelle forskjeller i reaksjoner på en traumatisk hendelse. Blant andre kan faktorer som modenhetsnivå, tidligere eksponering for traume og tilgjengelighet av trygge omsorgspersoner virke inn (Pynoos et al., 1999). Til tross for individuelle forskjeller er vanlige reaksjoner etter en traumatisk hendelse tristhet, sinne, konsentrasjonsvansker, søvnvansker og somatiske plager. For de fleste går reaksjonene over av seg selv, men for noen kan det utvikle seg til psykiske vansker (Greca et al., 2008). Opplevelse av skam og skyld er følelser som ofte knyttet til traumet, og tanker om at de burde ha gjort noe selv for å stoppe den traumatiske hendelse er vanlig (Jensen, 2007). En rekke studier har vist sterk sammenheng mellom eksponering for traumer i barndommen og økt risiko for å utvikle blant annet depresjon, SUD, posttraumatisk stress symptom og atferdsvansker (Khoury et al., 2010; Mueser & Taub, 2008; Putnam, 2003; Schilling et al., 2007). I en studie av et norsk klinisk ungdomsutvalg rapporterte 60 % at de hadde blitt misbrukt eller utsatt for omsorgssvikt som barn. Dette var assosiert med diagnoser som depresjon, spiseforstyrrelse og stressrelaterte lidelser (Reigstad, Jørgensen, & Wichstrøm, 2006).

Det er vist sammenheng mellom eksponering for en eller flere traumatiske hendelser og utvikling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD). I en metaanalyse utført av Fletcher i 1994 (siteret i Fletcher, 2003) av barn eksponert for ulike typer traumatiske hendelser ble 36 % av barna diagnostisert med PTSD. I en norsk studie skåret 59 % av barn og unge som rapporterte om en eller flere traumatiske hendelser over klinisk grense på symptomer på posttraumatisk stress (Ormhaug et al., 2012). Særlig barn som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep skåret over den kliniske grensen. Barn og unge som hadde opplevd flere traumer, rapporterte også om et gjennomsnittlig høyere symptomnivå sammenlignet med de som bare hadde opplevd en traumatisk hendelse (Ormhaug et al., 2012). I følge Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, og Nelson (1995) er det et høyere antall jenter med PTSD diagnose sammenlignet med gutter. Jensen (2007) påpeker at ungdom med PTSD diagnose viser

klassiske PTSD symptomer på lik linje med voksne, men at de i større grad viser mer impulsivitet og aggressivitet. En relativt stor andel barn som er eksponert for traume vil ikke oppfylle kriteriene for PTSD og det er kjønnsforskjeller i forekomst av PTSD, det ser også ut til å være noen forskjeller mellom ungdom og voksne i uttrykk av PTSD symptomer. Samlet sett viser studiene at det å bli utsatt for traumatiske opplevelser kan ha store og gjennomgripende konsekvenser.

Diagnostiske utfordringer

Forskning indikerer at personer som har blitt utsatt for traumer av mer kompleks og omfattende art viser flere alvorlige reaksjoner utover kriteriene for PTSD (van der Kolk, 2005), og ifølge Cook et al. (2003) er disse reaksjonene kvalitativt ulikt fra PTSD, noe som gjenspeiles i et mer komplekst symptombylle. I følge Putnam (2003) er muligens PTSD ikke den vanligste diagnosen for barn med historikk med misbruk og omsorgssvikt. Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday og Spinazzola (2005) hevder at PTSD diagnosen er inadekvat for å fange opp barn som er utsatt for komplekse traumer siden mange barn ikke oppfyller kriteriene for PTSD diagnosen, og derfor kan havne i andre diagnostiske kategorier. I en studie av barn som hadde blitt utsatt for traumer viste det seg at de vanligste diagnosene i frekvens var følgende: separasjonsangst, opposisjonell atferdsforstyrrelser, fobisk lidelse, PTSD og hyperkinetisk forstyrrelse (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998). Eksponering for traumer i barndom kan gi ulike diagnostiske utslag. Cook et al. (2003) argumenterer for at diagnoser som depresjon og atferdsforstyrrelser bare reflekterer deler av barnets opplevelse, og kan lede til at behandler fokuserer på de mest fremtredende symptom fremfor å ha en mer helhetlig forståelse av underliggende traume.

I tillegg peker Ormhaug et al. (2012) på at traumatiske hendelser var utelatt i 37,7 % av henvisningene av barna som skåret over klinisk grense på PTSD. Funnene støttes av Reigstad et al. (2006) som peker på at det er en diskrepans mellom unge pasienters erfaring

med vold og overgrep, og andelen som hjelpeapparatet fanger opp. Konsekvenser av dette kan være at underliggende traumeproblematikk ikke blir fanget opp av kliniker, og at ungdommen blir feildiagnostisert og feilbehandlet.

Ungdom og rusmidler

Ungdomsårene er den perioden i livet der flest debuterer og prøver ut forskjellige rusmidler. Det mest brukte rusmiddelet i Norge er alkohol. Alkohol er lovlig og lett tilgjengelig og derfor det vanligste rusmiddelet å debutere med. Gjennomsnittlig debutalder for alkohol i Norge er 14,5 år for øl og 15 år for vin og brennevin (Folkehelseinstituttet, 2011). En spørreundersøkelse av elever i grunnskolen viser at 10 % av 15-åringene drikker alkohol minst en gang i uken. Det er en liten andel flere gutter som drikker alkohol enn jenter, men spriket mellom gutter og jenter med hensyn til debut og mengde har blitt betydelig mindre i de siste årene (Folkehelseinstituttet, 2011). Debutalder for narkotiske stoffer og andre rusmidler er mer variert og ligger mellom 14-21 år (Bretteville-Jensen, 2011).

Blant norsk ungdom i alderen 15-20 år rapporterte 15 % om misbruk av minst ett narkotisk stoff de siste 6 månedene (Lund et al., 2010). En nasjonal rapport om rusbruk hos ungdom (12- 25 år) i USA er i overensstemmelse med de norske tallene for rusbruk hos ungdom. Rapporten viste at 10,9 % oppgav minst ett tilfelle av farlig forbruk av alkohol den siste måneden. Marijuana var det mest utbredte ulovlige stoffet som ble rapportert og 7,3 % oppgav bruk av stoffet den siste måneden. Sammenlignet med norske ungdommer er det også her flere gutter som rapporterte om høyt forbruk sammenlignet med jenter (SAMHSA, 2011).

Det er flere faktorer som påvirker utvikling av rusbruk hos ungdom. De som har foresatte som ruser seg har en større risiko for å utvikle rusbruk sammenlignet andre ungdom (Kilpatrick et al., 2000). Utforskning og eksperimentering er en sentral del utviklingen til ungdom. Sosiale påvirkninger spiller i stor grad inn på valgene ungdommen tar og vil derfor være med på å forme holdninger til rusmidler. Å være i et miljø der rus er lett tilgjengelig og

akseptert øker også risikoen for rus, dette vil også kunne opprettholde rusvanskene og vanskeliggjøre rusfrihet, da det blir lettere å starte rusing igjen med et nettverk der rus er lett tilgjengelig (Schulenberg et al., 1999). Ungdom kan også i større grad enn voksne oppleve rusing som uproblematisk, da de gjerne har liten erfaring med negative konsekvenser av rusbruk. Dette kan ha sammenheng med at debut vanligvis skjer i ungdomsalderen og at rusen i ungdomsår knyttes til spenning og utforsking (Bretteville-Jensen, 2011).

Det foreligger mange negative følger av rusmisbruk hos denne gruppen, og emosjonelle, relasjonelle og kognitive vansker er mulige konsekvenser. Blant annet er ungdom som ruser seg en mer utsatt gruppe for utvikling av relasjonelle vansker sammenlignet med jevnaldrende, både ovenfor foresatte og venner (Steinberg, 2011). Blant annet kan de lettere komme i konflikt med venner og familie der rusbruk ikke blir akseptert. Alkoholmisbruk hos ungdom i alderen 15-18 år er assosiert med endringer i hjernestrukturer, og hippocampus ser ut til å være spesielt sensitiv for høyt forbruk av alkohol (Medina et al., 2007). Dette kan gi utslag i vansker med innlæring. De er også utsatt for økt risikotaking, skolevansker, helsevansker og dødsfall ved ulykker (Howard, Perron, Vaughn, Bender, & Garland, 2010; Steinberg, 2011).

Rus og traumer

Psykiske lidelser forekommer ofte sammen med ruslidelse, men prevalenstillene varierer. Blant ungdom med ROP- lidelser rapporteres det om en forekomst mellom 50- 90 % (Greenbaum, Foster-Johnson, & Petrila, 1996; Greenbaum, Prange, Friedman, & Silver, 1991; Rounds-Bryant, Kristiansen, & Hubbard, 1999). En forklaring på variasjonen er at studier har ulike kriterier for hva som defineres som en ruslidelse, noe som vanskeliggjør estimering av prevalens (Mueser et al., 2006). Selv om det er ulike prevalenstill for komorbiditet mellom psykisk lidelser og rus er det funnet relativt høy samvariasjon. Dette gjelder også for rus og traumer.

Forskning viser at ulike former for omsorgssvikt i barndommen er assosiert med lavere debutalder for bruk og misbruk av alkohol (Sartor, Lynskey, Heath, Jacob, & True, 2007; Simpson & Miller, 2002). Det er også vist sammenheng mellom å bli utsatt for seksuelle overgrep i barndommen og å debutere tidlig med alkohol, men ikke for senere avhengighet (Sartor et al., 2007; Simpson & Miller, 2002). Ifølge Silverman, Reinherz og Giaconia (1996) er fysisk misbruk blant gutter og seksuelt misbruk blant jenter signifikant assosiert med senere utvikling av SUD. Ulike traumatiske hendelser ser dermed ut til å påvirke utviklingen av SUD hos kjønnene. Khoury et al. (2010) fant i sin studie en sterk sammenheng mellom traumatisering i barndom og senere utvikling av SUD. Særlig det å bli utsatt for seksuelt misbruk i barndommen gir økt risiko for utvikling av SUD og annen psykopatologi i ungdomsårene. Andre studier har vist at seksuelt misbruk i barndommen i større grad enn fysisk vold og omsorgssvikt var assosiert med dette (Kendler et al., 2000; Nelson et al., 2002). Graden av traumatisering i barndommen har vist en sammenheng med nivå av rusmisbruk. Blant annet fant Khoury et al. (2010) at mengde av rusbruk, da særlig kokain, var sterkt korrelert med grad av seksuelt, psykisk og emosjonelt misbruk i barndom.

Forskning viser at alvorlige traumer i barndommen øker sannsynligheten for utvikling av PTSD (Mueser & Taub, 2008). PTSD er i større grad enn enkelttraume alene relatert til utviklingen av en komorbide lidelse som SUD. En studie gjennomført av Reed et al. (2007) støtter dette, og viser at gruppen med PTSD hadde større fare for å utvikle SUD sammenlignet med kontrollgruppen. De hadde også større risiko for å utvikle SUD sammenlignet med deltagerne som var utsatt for traume, men ikke oppfylte kriteriene for en PTSD.

Forskning viser en sterk sammenheng mellom rus, traumer og PTSD. Ifølge en studie utført av Creamer, Burgess, og McFarlane (2001) hadde 88 % av pasienter med PTSD minst en komorbid lidelse. De vanligste lidelsene som forekom samtidig med PTSD var depressiv lidelse (48 %) og alkohol misbruk (52 %). En studie av ungdom gjennomført av Brown, Stout

og Mueller (1999) rapporterer at 90 % av ungdom som hadde blitt utsatt for traume i barndommen, både med og uten PTSD diagnose hadde samtidig SUD. Deykin og Buka (1997) rapporterer at 19,2 % av ungdommer med SUD også har en komorbid PTSD. Ifølge Jacobsen, Southwick og Kosten (2001) og Landheim, Bakken og Vaglum (2002) er forekomst av PTSD i ruspopulasjonen 12-41 %, og Jacobsen et al. (2001) rapporterte at mellom 22-34 % av voksne personer med PTSD også har samtidige rusproblemer.

Kilpatrick et al. (2003) gjennomførte en studie av et utvalg ungdommer mellom 12 og 17 år og deres opplevelse av traumatiske hendelser og mental helse. Ungdommene ble intervjuet om seksuelt misbruk, fysisk misbruk, å være vitne til vold, psykiske vansker (som PTSD), opplevelse av en alvorlig depressiv episode og SUD. 48 % av ungdommene rapporterte at de hadde opplevd minst en episode av enten fysisk misbruk, seksuell misbruk eller vært vitne til vold. Det å ha blitt utsatt for disse episodene var assosiert med diagnosene PTSD, alvorlig depressiv lidelse (MDE), SUD og komorbide tilstander av disse lidelsene. Samtidig PTSD/MDE og PTSD/SUD var mer vanlig hos ungdom som hadde vært vitne til vold, seksuelt misbrukt eller blitt utsatt for fysisk vold, enn hos ungdom generelt og hos ungdom som rapporterte om andre traumatiske hendelser.

Selvmedisineringshypotesen

En av de mest fremtredende forklaringsmodellene på sammenhengen mellom traume i barndom og utvikling av SUD er selvmedisineringshypotesen (SMH) (Khantzian et al., 1974). Hypotesen ble utviklet på bakgrunn av kliniske observasjoner av pasienter med SUD og baserer seg på antagelsen om at rus brukes for å lette psykologisk smerte. Rus blir brukt for å kontrollere og dempe negativ affekt og symptom relatert til en tidligere opplevd traumatisk hendelse (Khantzian, 1997; Khantzian et al., 1974). Ifølge SMH oppstår avhengighet grunnet en sårbarhet i individets evne til selvregulering. Personer med SUD har primært vansker med å regulere affekt, selvfølelse, relasjoner og selvomsorg (Khantzian, 1997). Dette støttes av

Spinazzola et al. (2005) som peker på at reguleringsvansker er et kjerneelement hos barn som har blitt utsatt for traumer.

Ifølge SMH anses rusbruk som en form for unngåelsesatferd som gjør personen i stand til å distansere seg fra overveldende emosjoner (Khantzian, 1997). Et viktig poeng er at personer med SUD ikke anses som «svake», men som kreative problemløsere og rusbruk kan ifølge dette perspektivet være en normal og adaptiv respons på unormale påkjenninger som traumer og reaksjoner på traumer (Khantzian, 1997). På lengre sikt vil imidlertid rusen hemme individet i å utvikle mer adaptive mestringsstrategier, som desensitivisering for påminnere på traumet, eller være i stand til å motta støtte fra venner og voksne (Cohen et al., 2003). Ifølge Giaconia et al. (2003) kan SUD øke risikoen for å oppleve nye traumer og vekke minner om tidligere hendelser, som igjen kan bidra til en forverring av PTSD- symptomer.

En rekke studier har funnet støtte for at rus kan fungere som mestring for PTSD-relaterte symptom (Bujarski et al., 2012; Dixon, Leen-Feldner, Ham, Feldner, & Lewis, 2009; Ouimette, Coolhart, Funderburk, Wade, & Brown, 2007; Ullman, Filipas, Townsend, & Starzynski, 2006). Dixon et al. (2009) fant at forhøyet nivå av posttraumatisk stress symptom var positivt relatert til mestringsrelaterte motiv for alkoholbruk. I en studie utført av Bujarski et al. (2012) var frekvens av PTSD symptomer i løpet av de siste to uker positivt relatert til mestringsmotiv for bruk av marihuana hos ungdommer, og personer med PTSD hadde større sannsynlighet for å ruse seg for å håndtere negative emosjoner. Samlet sett indikerer studiene at rusbruk kan være rettet mot en reduksjon av traume relaterte symptom og er således i overensstemmelse med selvmedisineringshypotesen.

Kritikk av selvmedisineringshypotesen

Flere studier har imidlertid pekt på svakheter ved SMH. Blant annet har selvrapporteringsstudier vist at personer med ROP- lidelser rapporterer om at rus reduserer kjedsomhet, nedstemthet, sosiale vansker og en rekke andre tilstander, men at de sjelden

oppleves å lindre symptom på en bestemt psykisk lidelse (Noordsy et al., 1991; Sbrana et al., 2005). Ifølge studiet utført av Noordsy et al. (1991) var ikke mengde eller type rusbruk relatert til alvorlighetsgrad eller type symptom på psykisk lidelse for personer med ROP-lidelse. Sbrana et al. (2005) peker på at selv om rusmidler i startfasen kan benyttes for å dempe negative affekter, er det ikke tilstrekkelig motivasjon for å forklare opprettholdelse av misbruk og avhengighet. En alternativ forklaring er at rus kan gi en form for indre belønning som igjen leder til fysiologisk avhengighet (Drake, Wallach, Alverson, & Mueser, 2002). Ifølge Drake et al. (2002) er rusbruk ofte en sosial aktivitet, noe som i seg selv kan virke belønnende og medvirke til opprettholdelse av SUD. Årsaksforklaring for rusbruk er kompleks og en rekke biologiske, psykologiske og sosiale faktorer kan virke inn, og det ser ikke ut til at selvmedisineringshypotesen alene kan forklare hvorfor personer som er utsatt for traumatiske opplevelser i barndommen senere utvikler SUD.

Behandling av komorbid SUD og traumeproblematikk

Sekvensiell og parallell behandling

Sekvensiell behandling er tradisjonelt den mest utbredte tilnærmingen for behandling av pasienter med komorbid SUD og traumeproblematikk (Mueser et al., 2006). Lidelsene behandles som regel separat ved to forskjellige institusjoner, og SUD blir vanligvis behandlet først. Det kreves ofte at pasienten må være rusfri mellom 3 til 6 måneder før traumebehandling kan starte (McCauley et al., 2012). Dette er basert på antakelsen om at traumebehandling er for krevende for personer med aktiv SUD (Torchalla, Nosen, Rostam, & Allen, 2012) og at forsøk på behandling av PTSD i tidlig fase av SUD behandling kan lede til forsterkning av PTSD symptomene (Souza & Spates, 2008). Et viktig mål i den første delen av behandlingen er derfor stabilisering og etablering av rusfrihet (Carruth & Burke, 2006). Den separate behandlingstilnærmingen støttes av en studie av voksne med alkohol og/eller kokain avhengighet og traumehistorikk som viste at etablering av rusfrihet i seg selv kan lede

til reduksjon av PTSD symptom (Coffey, Schumacher, Brady, & Cotton, 2007). Stewart (1996) peker imidlertid på at reduksjon i PTSD symptom ser ut til å være en kortidseffekt, og at rusbruk på lengre sikt vil kunne øke angst og lede til tilbakevendende vansker.

Ifølge McCauley et al. (2012) er det lite empirisk støtte for den sekvensielle behandlingsmodellen. Carruth og Burke (2006) hevder at det for mange pasienter er vanskelig å etablere rusfrihet uten at psykisk helse og tema relatert til traume blir tematisert i terapi. Ifølge Mueser et al. (2006) kan det å behandle lidelsene separat føre til tilbakefall. For eksempel kan ensidig fokus på SUD behandling øke sannsynligheten for tilbakefall av rusing fordi ubehandlede PTSD symptomer kan forsterke trangen til å ruse seg. Pasientgruppen mislykkes ofte med å følge opp sekvensiell behandling, blant annet grunnet vansker med motivasjon og fordi ulike behandlere og behandlingsopplegg kan skape vansker med kontinuitet (Mueser et al., 2006).

Parallell behandling ble utviklet for å kompensere for mangler ved sekvensiell behandling ved å skape større grad av kontinuitet, samarbeid og dermed unngå frafall av pasienter (Mueser et al., 2006). I parallell behandling blir rus og traumeproblematikk behandlet samtidig, men hos ulike instanser. Et problem med denne typen behandling er at de ulike behandlingsinstansene kan ha uavklarte roller, noe som kan lede til at ingen tar et overordnet behandlingsansvar for pasienten (Mueser et al., 2006). Parallell behandling har på samme måte som sekvensiell behandling blitt kritisert for manglende samarbeid mellom de ansvarlige instansene for behandling av psykisk helse og rus. Det er også blitt rettet kritikk mot manglende og forskjellig kompetanse, da faggruppen som behandler rusvanskene gjerne har lite kompetanse på psykiske lidelser og omvendt (Suarez, Belcher, Briggs, & Titus, 2012). Ifølge van Dam, Vedel, Ehring og Emmelkamp (2012) kan separat behandling av traumeproblematikk og SUD bidra til en forverring av behandlingsutfall, da det ikke blir tatt høyde for hvordan lidelsene gjensidig påvirker hverandre.

Separat behandling av SUD og traumer

Vanlig praksis ved komorbid SUD og traume hos ungdom er å behandle disse separat (Suarez et al., 2012). Årsaker til dette er at de blir ansett som uavhengige lidelser uten gjensidig påvirkning, manglende kompetanse om lidelsene hos fagpersoner (Suarez et al., 2012) og behandlers feiltolkning av vanskene (Cook et al., 2003). Forskning viser at separat behandling med CBT har en effekt på SUD og PTSD hos ungdom (Bender et al., 2006). På bakgrunn av forskning på behandling av både SUD, traume og PTSD hos ungdom vil vi i det følgende gjennomgå evidensbaserte behandlingsmetoder.

Separat behandling av traumeproblematikk. Det er utviklet en rekke behandlingsmetoder for barn og ungdom med traumeproblematikk. En metaanalyse gjennomført av Bisson et al. (2007) viser at «eye movement desensitization and reprocessing treatment» (EMDR) og «trauma focused cognitive behavior treatment» (TF-CBT) er mer effektiv enn venteliste og TAU for behandling av PTSD og traumer hos barn og ungdom. TF-CBT for barn og unge er den behandlingsmetoden som er gitt størst grad av empirisk støtte (Cohen et al., 2010), og den mest utbredte behandlingsmetoden for barn og unge med PTSD (Cary & McMillen, 2012).

TF-CBT. TF-CBT er et komponentbasert behandlingsprogram for behandling av barn og ungdom med traumehistorikk og PTSD. Behandlingen består av psykoedukasjon og foreldreveiledning, stressmestring, uttrykk og prosessering av affekter, kognitiv mestring, utvikling av traume narrativ og prosessering, *in vivo* eksponering og samtaler med ungdom og foresatte. Behandlingen vektlegger at eksponering skal skje gradvis via utvikling av narrativer for å unngå en for tidlig eksponering av traume og dermed tilbakefall i behandling. TF-CBT har fokus på viktigheten av å tilpasse behandlingstilbudet til pasientens individuelle behov. Her vektlegges samarbeid med familie, styrking av den terapeutiske relasjon, respekt for individualitet og å skape mestringstro hos individet. Ungdommer som har vært usatt for

traumer opplever ofte problemer på flere områder og behandlingsprogrammet fokuserer derfor på å hjelpe ungdommen med vansker som kan oppstå, og øke funksjonen på disse områdene. Vanlige vansker hos denne gruppen er kognitive, relasjonelle, familiære, affektive og somatiske plager, samt atferd assosiert med opplevelse av traume, som unngåelse og aggresjon (Cohen, Mannarino, & Esther, 2012). Behandlingen har blitt sammenlignet med flere andre behandlingsprogram for barn og ungdom med traumeproblematikk. TF-CBT har vist å bidra med en større nedgang i PTSD symptomer sammenlignet med blant annet barnesentrert terapi (Deblinger, Mannarino, Cohen, & Steer, 2006), pasienter på venteliste (King et al., 2000) og støttetterapi (Cohen & Mannarino, 1996). Mannarino, Cohen, Deblinger, Runyon og Steer (2012) gjennomførte en oppfølgingsstudie av barn mellom 4 til 11 år som hadde opplevd seksuelt misbruk for å undersøke langtidseffekten av TF-CBT behandling med og uten bruk av traumenarrativ. Resultatene viste en nedgang i rapporteringen av PTSD symptomer hos barna både 6 og 12 måneder etter endt behandling, uavhengig om traumenarrativ ble inkludert i behandlingen eller ikke. TF-CB har vist effekt som behandling av barn og unge med PTSD, men det er få studier som sammenligner effekten av TF-CBT med andre evidensbaserte behandlingsmetoder rettet mot barn og ungdom med PTSD.

EMDR. EMDR er en behandling for traume og PTSD basert på kognitive teknikker og terapeutstyrte øyebevegelser (Cohen et al., 2003). Behandlingen er delt inn i åtte stadier og har fokus på utvikling av positive kognisjoner, avslapningsøvelser og mestring av traumeminner igjennom desensitivisering. Kroppsskanning benyttes for å gjenkjenne kroppslig ubehag knyttet til traumet og metoder for å håndtere dette. Terapeuten bruker også rytmiske fingerbevegelser over pasientens synsfelt, der pasienten skal fokusere på disse samtidig som andre behandlingskomponenter utføres. For å opprettholde effekt av behandling blir behandlingsmål og fremgang i timen evaluert etter hver time (Spates, Kock, Cusack, Pagoto, & Waller, 2009).

En gjennomgangsstudie av syv metaanalyser viser at EMDR er en effektiv behandling for PTSD symptomer hos voksne. Alle studiene inkludert i analysen rapporterer om høy effekt av behandlingen sammenlignet med eksponeringsterapi, medisiner og ingen behandling (Spates et al., 2009). Dette er i samsvar med en metaanalyse som sammenligner effekten av forskjellige behandlingsmetoder som viste at EMDR behandling av ungdom har effekt (Bisson et al., 2007).

«*Multimodality trauma treatment*» (*MMTT*). MMTT er et gruppebasert tilbud som går over 14 sesjoner og blir ofte brukt i skolesammenheng. Behandlingen tar utgangspunkt i CBT teknikker for behandling ungdom utsatt for traume. MMTT er basert på teorien om at det å oppleve traume i en tidlig alder virker forstyrrende på senere utvikling, og ut fra denne antagelsen blir behandlingsteknikkene tilpasset individet for best utfall. Behandlingen inkluderer psykoedukasjon, utvikling av narrativer blant annet gjennom dagbokskriving om traume, eksponering for minner om traumet, avslapningsøvelser og kognitiv restrukturering (Amaya-Jackson et al., 2003). En studie av effekten av MMTT viste at 57 % av barn og ungdom som mottok MMTT behandling ikke tilfredsstilte PTSD diagnosen etter endt behandling, tallene økte til 86 % 6 måneder etter avsluttet behandling (Amaya-Jackson et al., 2003).

Separat behandling av SUD. Det er utført en rekke systematiske studier av evidensbasert behandling for ungdommer med SUD (Deas, 2008; Waldron & Turner, 2008; Williams & Chang, 2000). Waldron og Turner (2008) utførte en gjennomgang av 17 studier på poliklinisk behandling av ungdom mellom 12 og 19 år med rusproblem. Ingen av behandlingstilnærmingene viste signifikant bedre behandlingseffekt sammenlignet med de andre. I henhold til Chambless (1996) kriterium for intervensjoner viste studien at familiebaserte intervensjoner og CBT var veletablerte modeller for SUD behandling. Funnene

støttes av Cohen et al. (2003) og Hawke og Kamnier (2009) som viser til at familierapi og intervensjoner basert på CBT er evidensbaserte metoder.

Familieterapi. Familierapi er den mest empirisk validerte behandlingen for ungdom med SUD (Hawke & Kamnier, 2009). Det eksisterer en rekke ulike evidensbaserte familierapier, blant andre multidimensjonell familierapi (MDFT), multisystemisk terapi (MST), funksjonell familierapi (FFT) og «brief strategic familiy therapy» (BSFT). Fellesfaktorer er at de er forskningsbaserte, manualbaserte, består av ulike faser og at de anser rusbruk som et symptom på et dysfunksjonelt familiemiljø (Hawke & Kamnier, 2009). Oppgaven tar utgangspunkt i MDFT og FFT, da det foreligger betydelig forskningsmessig evidens for disse.

MDFT er en poliklinisk familiebasert behandling for ungdom mellom 11 til 18 år med SUD og relatert problematikk. Behandlingen er testet på flere kliniske grupper og har ingen spesifikk tidsavgrensning, men tilpasses den individuelle behov. MDFT er utviklings- og miljøorientert og har fokus på ungdommen, foreldre og andre familiemedlemmer, interaksjonsmønster i familien, og ytre system som skole, venner og arbeid (Liddle & Hogue, 2001; Liddle, Rowe, Dakof, Ungaro, & Henderson, 2004). Ungdommens behandlingsfokus er å jobbe med rus, relasjoner til venner og familie, og øke funksjon i utviklingsdomener som positive vennerelasjoner, sunn identitetsforming, samt øke autonomi i foreldre/barn relasjonen. For foreldrene er behandlingsmål å øke grad av foreldreforpliktelse, bedre relasjon og kommunikasjon og fremme en bedre foreldrepraksis som grensesetting (Hawke & Kamnier, 2009 ; Liddle et al., 2004).

FFT er en evidensbasert intervensjon for familier med ungdom mellom 11 til 18 år med atferdsvansker og er brukt i behandling av ungdom med rusproblematikk. Intervensjonen har en multisystemisk tilnærming med fokus på individ, familie og samfunn innenfor ulike domener (biologisk, affektivt, kognitivt, atferdsmessig, kulturelt og relasjonelt). Varighet av

intervensjonen varierer mellom 8 til 30 timer avhengig av omfang av problematikk (Sexton & Alexanders, 2002).

Både MDFT og FFT er assosiert med signifikant og klinisk reduksjon i bruk av rusmidler og har i en metaanalyse av Waldron og Turner (2008) vist seg å være mer effektive enn ingen behandling eller TAU. Ifølge Waldron og Turner (2008) fremstår FFT og MDFT som velegnete og veletablerte metoder for behandling av ungdom med SUD. Dette støttes av en metaanalyse utført av Baldwin, Christian, Berkeljon, Shadish og Bean (2012) som har oppsummert resultat fra 24 studier av fire familiebaserte intervensjoner (MST, FFT, MDFT og BSFT) for behandling av ungdom mellom 11 til 19 år som har SUD, atferdsvansker og/eller har begått lovbrudd. Resultatene viste at ungdommene som mottok familiebaserte intervensjoner klarte seg signifikant bedre enn de som mottok TAU eller alternativ behandling. Forskjellen var imidlertid liten, i tillegg skiller studien ikke mellom de ulike familiebaserte intervensjonene, samt at det også er inkludert studier som ikke adresserer SUD.

Motiverende intervju (MI). MI er basert på CBT og har som mål å øke indre motivasjon for endring. Det jobbes mot å øke personens anerkjennelse av problematisk atferd og individets tro på egen mestring til endring. Terapeuten forsøker å fremme positiv atferd med utgangspunkt i en ikke-dømmende og empatisk holdning (Ortiz, 2010). MI fremstår som en særlig god behandlingsmetode for ungdom da den blant annet tar høyde for ungdoms utviklingsmessige behov for autonomi, hvordan emosjonell labilitet kan virke inn i behandling, og de sosiale fordelene og belastningene assosiert med vennskap undersøkes og drøftes (Naar-King & Suarez, 2011).

En rekke studier viser at MI har effekt i behandling av personer med rusproblemer. En review studie av ungdom med ulikt rusmiddelbruk fant at 67 % av studiene viste en signifikant reduksjon i bruk av rusmidler etter endt behandling (Barnett, Sussman, Smith, Rohrbach, & Spruijt-Metz, 2012). En metaanalyse av 21 studier undersøkte effekten av MI-

intervensjoner for ungdom mellom 12 til 21 år som brukte ulike rusmidler. Resultatene viste en liten, men signifikant effektstørrelse for alle intervensjonene. Metaanalysen antyder også at effekten av MI opprettholdes over tid. Imidlertid var 62 % av studiene i metaanalysen engangs intervensjoner (Jensen et al., 2011). Til tross for at det er påvist effekt i mange studier, er effekten liten og den varierer mellom studiene. MI bør derfor ikke sees på som en behandling som passer for alle (Glynn & Moyers, 2009; Ortiz, 2010). Metoden kan også benyttes sammen med andre metoder, og vil da gi en mer stabil og langvarig effekt (Glynn & Moyers, 2009; Ortiz, 2010).

Tolvstegsmodellen. Tolvstegsmodellen (Minnesota-modellen) er et utbredt behandlingsprogram for personer med ruslidelser. Modellen anser rusbruk som en kronisk lidelse, har et religiøst fokus og er delt inn i tolv steg på veien mot rusfrihet. Selvhjelpsgrupper som anonyme alkoholikere (AA) og anonyme narkomane (NA) er i regi av denne behandlingen (Emmelkamp & Vedel, 2006). Winters, Stinchfield, Opland, Weller, og Latimer (2000) har undersøkt effekten av Minnesota-modellen blant ungdom mellom 12 til 18 år. Fullføring av behandling gav et signifikant bedre utfall sammenlignet med ikke fullført eller å stå på venteliste. Ved oppfølging 12 måneder etter avsluttet behandling rapporterte 53 % av deltakerne som hadde fullført behandling at de var rusfri eller hadde hatt et lite tilbakefall, til sammenligning rapporterte henholdsvis 15 % og 28 % av de som ikke fullførte og de på venteliste tilsvarende bedring (Winters et al., 2000). Tolvstegsmodellen er opprinnelig utformet for voksne middelaldrende menn, noe som kan gjøre den mindre appellerende og anvendbar for ungdom (Cohen et al., 2003), det er også utført få effektstudier av metoden for denne gruppen.

Integrert behandling

Som oppgaven tidligere har pekt på forekommer traume og rus ofte sammen (Deykin & Buka, 1997; Khoury et al., 2010), noe som har ledet til økt fokus på integrert behandling.

Integrert behandling har fokus på at det er et samspill mellom SUD og traume, og begge lidelsene er i fokus samtidig hos samme behandler (McCauley et al., 2012). Behandlingen tar utgangspunkt i at begge lidelsene er primærlidelser, og har en gjensidig påvirkning på hverandre (Mueser et al., 2006). Den integrerte modellen baserer seg på selvmedisineringshypotesen (Khantzian, 1997) og antar med bakgrunn i den at fokus på traume tidlig i behandlingsforløpet og samtidig å jobbe med reduksjon av PTSD symptomer vil øke sannsynligheten for bedring av SUD (Back, 2010; Brady, Dansky, Back, Foa, & Carroll, 2001). Forskning indikerer at det er en gjensidig påvirkning mellom PTSD og SUD symptom. En pilotstudie utført av Ouimette, Read, Wade og Tirone (2010) viste at endringer i PTSD symptom samvarierte med endring i SUD symptom. Dette støttes av Brown, Stout og Gannon-Rowley (1998) og Back, Brady, Jaanimagi og Jackson (2006) som fant at pasienter ofte opplevde en sammenheng mellom PTSD og SUD, og at forverring i SUD leder til en forverring av PTSD og tilsvarende. Back et al. (2006) og Brown et al. (1998) har undersøkt pasienters behandlingspreferanser, og fant at pasienter foretrekker integrert behandling fremfor sekvensiell og parallell behandling. Ifølge Back et al. (2006) foretrakk 41 % av deltakerne en integrert behandlingsmodell om de fikk velge.

Et integrert behandlingsprogram kan eliminere mange av de nevnte ulempene med de sekvensielle og parallelle tilnærmingene. Integrert behandling reduserer behovet for samarbeid mellom ulike instanser da behandlingen dekkes av en instans, dette gjør at pasienten slipper å forholde seg til flere behandlere. Carruth og Burke (2006) anbefaler et langsiktig perspektiv med et ubegrenset antall kontakter da tidsavgrensning kan ha negativ effekt på utfallet av behandlingen. Ifølge Mueser et al. (2006) bør behandlingsfokus være rettet mot reduksjon av lidelse og orienteres mot pasientens motivasjon og ønsker. Involvering av familien og/eller andre nære relasjoner har vist seg å øke sannsynlighet for en varig bedring av vansker (Mueser et al., 2006).

Det er de siste årene utviklet flere integrerte behandlingsmetoder for komorbid SUD og traumeproblematikk. Tidligere har blant andre Souza og Spates (2008) utført en kvalitativ reviewstudie av behandling for komorbid PTSD og SUD. Van Dam et al. (2012) gjorde en gjennomgang av 17 behandlingsstudier av personer med komorbid PTSD og SUD diagnose. Integrert behandling for PTSD og SUD ble sammenlignet med separat behandling av lidelsene. Studien skilte mellom traumefokusert og ikke traumefokusert behandling, noe som ofte blir gjort i behandlingstilnærminger for PTSD (Bisson et al., 2007). De fleste integrerte behandlingene i studien viste reduksjon av PTSD og/eller SUD symptom etter avsluttet behandling, men sammenlignet med vanlig SUD behandling viste de fleste metodene ikke et bedre utfall. Ifølge van Dam et al. (2012) foreligger det ikke støtte for bruk av traumefokusert behandling på nåværende tidspunkt, men preliminare funn antyder at noen pasienter kan ha en fordel av denne typen intervensjoner. Dette forutsetter imidlertid at de er i stand til å håndtere eksponeringsbaserte intervensjoner og fullføre behandlingen. Dette er i tråd med funn fra en metaanalyse av behandling for pasienter med PTSD (Bisson et al., 2007). De fleste studiene i en metaanalyse som undersøkte effekten av integrerte behandlingsprogram for personer med komorbid SUD og traumehistorikk viste at integrert behandling reduserer symptom på traume og rusbruk fra oppstart av behandling til lengste oppfølging (mellom 1 til 12 måneder). Det ser imidlertid ut til at integrert og ikke- integrerte program gir lik reduksjon i symptom (Torchalla et al., 2012).

Samlet sett viser van Dam et al. (2012) og Torchalla et al. (2012) at integrert behandling har effekt, men det foreligger ikke på nåværende tidspunkt tilstrekkelig evidens for å kunne si at det er mer effektivt enn ikke- integrert behandling. Både Torchalla et al. (2012) og van Dam et al. (2012) peker på behovet for flere randomiserte og kontrollerte studier. Små utvalg, dårlig oppmøte og høyt frafall i mange av studiene gjør det i tillegg vanskelig å dra sikre konklusjoner. Ifølge van Dam et al. (2012) kan høyt frafall reflektere at

pasienten ikke føler seg trygg i behandling og/eller at behandling kan oppleves som overveldende. Manglende motivasjon kan også virke inn. Det er per dags dato ikke utviklet spesifikke integrerte behandlingsprogram som har utgangspunkt i behandling av ungdom med komorbid SUD og traume problematikk. «Seeking safety» (SS) er ikke primært utviklet for behandling av ungdom, men er den eneste av de integrerte behandlingsmetodene som har gjort tilpasninger for denne gruppen (Najavits, 2002). Oppgaven tar derfor primært utgangspunkt i integrerte behandlingsprogram for voksne.

Eksponeringsbasert behandling for PTSD og SUD. Til tross for at eksponeringsterapi er anerkjent og utbredt i PTSD behandling er det sjelden brukt i behandling av pasienter med komorbid SUD og PTSD. En årsak til dette er at det har blitt antatt at rusbruk må behandles før en kan fokusere på traumene (Torchalla et al., 2012). Eksponeringsterapi har ikke blitt anbefalt pasienter med pågående SUD, da det har vært anbefalt at de bør være rusfri over en lengre periode. Det har vært en utbredt antakelse at personer med en pågående SUD kan oppleve overveldende følelser ved eksponering som de ikke har strategier for å håndtere, og som kan lede til forverring i rusbruk (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004). Dette synet utfordres av studier av personer med pågående SUD og PTSD som viser at eksponeringsterapi kan lede til en reduksjon i rusbruk og traumerelaterte symptom (Mills et al., 2012; Triffleman, 2000). Eksponeringsterapi anbefales imidlertid ikke for alle pasienter. Coffey, Schumacher, Brimo og Brady (2005) drøfter faktorer som kan komplisere eksponering og gir forslag til retningslinjer for eksponering av pasienter med komorbid SUD og traumeproblematikk. Personer utsatt for alvorlig og gjentatte traumer i barndommen er dårlige kandidater for eksponering, blant annet fordi de kan ha få og uklare minner om hendelsen, noe som vil vanskeliggjøre eksponering med bruk av forestillingsbilder. Eksponering anbefales heller ikke dersom individet opplever markert dissosiasjon under eksponering, og der forankringsteknikker ikke har effekt. Pasienter med

komorbid SUD og traumeproblematikk har ofte opplevd en rekke traumatiske hendelser. For disse personene kan det å først adressere det mest traumatiske minnet, og deretter ha fokus på mindre traumatiske minner ha effekt (Coffey et al., 2005).

«Concurrent treatment of PTSD and substance use disorder with prolonged exposure» (COPE). COPE er et integrert behandlingsprogram for personer med PTSD og SUD. Behandlingen tar utgangspunkt i *in vivo* eksponering og forestillingsteknikker (Killeen, Back, & T.Brady, 2011), som begge er nøkkelelementene i «prolonged» eksponering (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007). COPE er manualbasert og består av 12 individuelle timer med en fast struktur, noe som skaper forutsigbarhet for pasienten. Sentrale element er eksponering, motivasjonsforsterkende arbeid, psykoedukasjon om sammenheng mellom PTSD og SUD, bevisstgjøring av risikosituasjoner for tilbakefall til rus og adressering av tema relatert til PTSD og SUD (Killeen et al., 2011).

I et randomisert og kontrollert studie evaluerte Mills et al. (2012) effekten av COPE i kombinasjon med TAU for SUD, og sammenlignet med TAU for SUD på et voksent utvalg. Resultatene viste en signifikant reduksjon i alvorlighetsgrad av PTSD symptom 9 måneder etter avsluttet behandling for begge gruppene. Gruppen som mottok COPE i kombinasjon med TAU viste imidlertid en signifikant større reduksjon i alvorlighetsgrad av PTSD symptom sammenlignet med de som mottok TAU alene. Begge gruppene hadde en reduksjon i antall rusmidler og en signifikant reduksjon i alvorlighetsgrad av rusavhengighet 9 måneder etter avsluttet behandling. Forskjellen mellom gruppene var imidlertid ikke signifikant. Funnene fra studien utfordrer den rådende oppfatningen om at pasienter trenger å være rusfri før en kan begynne å tematisere traumene, da særlig ved bruk av «prolonged» eksponeringsterapi (Mills et al., 2012). Resultatene som viste bedring i PTSD og SUD er i overensstemmelse med funn fra en pilotstudie av en tidligere versjon av COPE (Brady et al., 2001). Samlet sett gir ikke funnene klare indikasjoner på om COPE er et bedre alternativ enn

TAU, i tillegg var det høyt frafall i begge studiene. Mills et al. (2012) peker i tillegg på at deres studie ikke kan generaliseres til en yngre aldersgruppe, da personer under 18 år ble ekskludert fra studien.

«*Substance dependence PTSD therapy*» (SDPT). SDPT er en manualbasert integrert kognitiv atferdsterapi for personer med komorbid SUD og PTSD (Triffleman, Carroll, & Kellogg, 1999). Terapien består av to timer individualterapi i uken over en periode på 20 uker, og deles inn i to faser. Fokus i den første fasen av behandling er etablering av rusfrihet, forebygging av tilbakefall, psykoedukasjon om PTSD og interaksjonen mellom PTSD og SUD symptom. Det blir også jobbet med å øke personens mestringsevne, blant annet gjennom generering av alternative kognisjoner og mestring av ulike emosjonelle og fysiske tilstander. I den andre fasen er fokuset på PTSD behandling, blant annet gjennom stressmestringstrening, utvikling av kognitive strategier for å håndtere situasjoner som vekker minner om traume, og *in vivo* eksponering der fokuset er på desensitivisering av traumerelatert stimuli. Til tross for at *in vivo* eksponering blir benyttet i SDPT er der ikke et spesifikt fokus på den traumatiske hendelsen og minner knyttet til dette. Overgangen fra fase en til to gjøres på bakgrunn av fremgang i reduksjon av rusbruk og en vurdering av om pasienten er i stand til å tolerere negative affekter som kan oppstå i forbindelse med eksponering uten å få større tilbakefall til rus. Ifølge Triffleman et al. (1999) vil SDPT ofte ikke være tilstrekkelig for personer som har blitt utsatt for seksuelt og/eller fysisk misbruk gjentatte ganger over lengre tid. SDPT kan i slike tilfeller fungere som en introduksjon til terapi og være en del av prosessen der en gradvis nærmer seg traumet, slik at personen ved behov kan henvises til videre terapi (Triffleman et al., 1999).

En pilotstudie har undersøkt effekten av SDPT hos voksne. Deltagerne ble randomisert til grupper for behandling med enten SDPT eller tolvstegsmodellen. Resultatene viste at begge gruppene hadde tilsvarende nedgang i alvorlighetsgrad av PTSD, antall PTSD

symptom, alvorlighetsgrad av SUD og antall dager med bruk av rusmidler fra oppstart av behandling til en måned etter avsluttet behandling. Studien gir ikke støtte for at SDPT er en mer effektiv metode for å behandle komorbid PTSD og SUD sammenlignet med tolvstegsmodellen (Triffleman, 2000). I tillegg ble SDPT testet på et voksent og lite utvalg og det er derfor usikkert hvorvidt behandlingen kan generaliseres til en yngre aldersgruppe.

«**Dual assessment and recovery track**» (**DART**). DART er et program for behandling av personer med ROP- lidelse (Sacks, McKendrick, Sacks, Banks, & Harle, 2008). Programmet inkorporer element fra terapeutiske samfunn som tilpasses pasientgruppen. DART består av et strukturert opplegg med fokus på å øke personlig ansvar og selvhjelp, lære å bruke andre som støtte og rollemodeller og fremming av prososiale verdier. Psykoedukasjon, avhengighetsbehandling med fokus på traume og «case management» er elementer som i litteraturen er identifisert som viktig for effektiv behandling (Hien, Cohen, Miele, Litt, & Capstick, 2004; Morrissey et al., 2005). Elementene kan blant annet hjelpe personen med å drøfte tema relatert til avhengighet og veien ut av avhengighet, samt øke mestring av tidligere og nåværende traume og øke evne til kontroll over egen økonomi.

Sacks et al. (2008) utførte en randomisert og kontrollert studie av et utvalg voksne for å evaluere effektivitet av de tre nevnte komponentene i DART programmet sammenlignet med en kontrollgruppe som mottok TAU. Resultatene viste at deltakerne i begge gruppene hadde en signifikant bedring av rusmisbruk, kriminalitet og arbeid. To mål relatert til psykisk lidelse og stabilitet i boligsituasjon viste en signifikant bedring hos gruppen som mottok DART. Studien gir dermed moderat støtte til at DART kan være effektivt for spesifikke utfall som bedring av psykologiske eller emosjonelle problem (Sacks et al., 2008).

Generaliserbarheten til studiet er imidlertid begrenset da utvalget i studien primært var afroamerikanere, i tillegg er ikke behandlingen testet ut på personer under 18 år. DART er

ikke spesifikt rettet mot personer med traume og rusproblematikk til tross for at alle deltakerne oppgav å ha opplevd traume og/eller misbruk og 58 % erfarte dette før fylte 18 år. Det er på nåværende tidspunkt ikke utført flere studier på effekten, slik at flere studier bør utføres for å validere den potensielle effekten DART kan ha på spesifikke utfall (Sacks et al., 2008).

Kognitiv atferdsterapi for PTSD i rusbehandling. Behandling av PTSD med CBT i rusbehandling er et individuelt og manualbasert behandlingsprogram som er delt inn i åtte moduler, med en varighet mellom 8 til 12 timer. Programmet består av psykoedukasjon om PTSD og relasjonen til rusbruk, pustøvelser og kognitiv restrukturering. Målet er å skape fokus på læring og utvikling av ferdigheter for å kunne redusere rusbruk og PTSD symptomer (McGovern et al., 2009). Rusbehandling blir gjennomført som et poliklinisk program med fokus på psykoedukasjon om SUD og læring av mestringsstrategier for å håndtere tilbakefall.

En ukontrollert studie av voksne pasienter undersøkte effekt av CBT for PTSD i SUD behandling. Resultatene viste en signifikant nedgang av SUD og PTSD symptomer etter avsluttet behandling, og behandling viste seg å ha en vedvarende effekt 3 måneder etter avsluttet behandling (McGovern et al., 2009). Van Dam et al. (2012) definerer imidlertid ikke denne terapien som integrert behandling, men som en «add-on» terapi, det vil si at separat terapi med fokus på PTSD er lagt til SUD behandling i motsetning til integrert behandling der PTSD og SUD intervensjoner er kombinert.

«Seeking safety» (SS). SS er en manualbasert behandling for komorbid PTSD og SUD som består av 25 temaer og bygger på fem grunnprinsipper for behandling. Disse er integrert tilnærming i behandling, etablering av trygghet, fokus på idealer og terapeutiske prosesser og fokus på behandling innenfor kognitive -, atferdsmessige- og interpersonlige forhold samt «case management». Programmet vektlegger en integrert tilnærming med bakgrunn i en antakelse om at PTSD og SUD har en gjensidig påvirkning og derfor må

behandles samtidig. Behandlingselementene er tilpasset slik at de er anvendelig for symptomlette av både PTSD og SUD (Najavits, Gallop, & Weiss, 2006).

Etablering av trygghet er et overordnet og gjennomgående mål som er knyttet til hvert av de 25 temaene. Første steg i behandlingen er etablering av trygghet gjennom å stabilisere omgivelser og hjelpe personen med egenutvikling av mestringsferdigheter. Ferdighetene innebærer blant annet det å kunne spørre andre om hjelp, vise medlidenhet, grensesetting ovenfor andre og å være ærlig. Utvikling av idealer omhandler det å fremme positive egenskaper hos individet. Fokus på den terapeutiske prosess viser til terapeutens rolle i behandlingsforløpet og hvordan terapeutens fremstilling og reaksjoner kan påvirke allianse og prosess i behandlingen (Najavits, 2002).

Behandlingen er individbasert, men kan også brukes i gruppebehandling og er tilpasset voksne, ungdom, kvinner og menn. SS har også blitt testet ut på pasienter som har opplevd traume, men som ikke oppfyller kriteriene for PTSD diagnosen (Najavits, 2002).

Det har blitt gjennomført flere studier der SS har vist å ha effekt på behandling av komorbid PTSD og SUD. Resultatene viser at behandlingen også er effektiv for ulike grupper og for begge kjønn (Cook, Walser, Kane, Ruzek, & Woody, 2006; Najavits, 2002; Najavits et al., 2006). En studie av effekten av SS hos jenter med gjennomsnittsalder på 16 år, viste en nedgang i både traumesymptomer og rusbruk sammenlignet med TAU (Najavits et al., 2006). Resultatene viser at integrert behandling for denne gruppen har effekt, men funnene blir noe begrenset grunnet lite utvalg. Studiet sammenligner effekt av behandling med TAU, noe som kan begrense funnene i og med at det ikke er gjennomført sammenligninger med annen manualbasert behandling for denne gruppen.

Behandling av ungdom

Til tross for at ungdommer nærmer seg voksne utviklingsmessig er det flere egenskaper hos ungdommen som skiller de fra voksne og barn som er viktig å ta hensyn til i

behandling. De er i en fase i livet der endringer skjer på en rekke områder blant annet er kognitive, emosjonelle, fysiologiske og sosiale endringer sentrale. Løsrivelse fra foreldre, økt betydning av venner, utvikling av autonomi og identitet er sentrale deler av overgangen fra barn til ungdom (Bengtson, 2007; Steinberg, 2011). Prosessen kan være preget av både positive og negative opplevelser og kan strekke seg over ulike tidsperspektiv. Dette kan lede til at ungdommen er barn på noen områder, ungdom på andre og voksen på andre områder igjen (Steinberg, 2011). De er også på et stadium der venner og potensielle kjærester blir viktigere. Ønsket om å passe inn i sosiale settinger og grupper vil derfor være noe ungdommen i økende grad blir opptatt av (Rickwood, Deane, & Wilson, 2007). Det å ha en psykisk lidelse og være i behandling vil kunne oppleves stigmatiserende og stride mot ungdommens ønske om å være «normal».

Ungdom har gjerne et annet spekter av erfaringer enn voksne, noe som former deres opplevelse og tolkning av verden rundt. Blant annet har ungdom som har opplevd traumer en annen fortolkning og opplevelse av disse enn voksne. Opplevelsene formes av ungdommens utviklingsnivå, hvor moden ungdommen er og hvilke kognitive forutsetninger de har for å fortolke slike hendelser (Jensen, 2007). I tillegg er barn og unge er i større grad enn voksne avhengig av andre for hjelp og forståelse av traumatiske hendelser (van der Kolk et al., 2005). Det å bli utsatt for traumatiske opplevelser kan hemme utvikling (Jensen, 2007), dette kan vises gjennom vansker selvregulering (Spinazzola et al., 2005). For ungdom som er utsatt for traume kan dette lede til økt sannsynlighet for å ruse seg, utøve selvskading og seksuell risikotaking (Rosenberg & Jankowski, 2009).

Behandlingsutfordringer

Til tross for at forekomst av psykiske lidelser øker i ungdomsalderen (Steinberg, 2011) er ungdom ofte ikke primære hjelpesøkere. De ønsker sjeldent selv behandling og det er ofte nettverket rundt som tar initiativ til behandling (Bengtson, 2007). Venner og potensielle

kjæreste vil også ha en større innflytelse på avgjørelsen om å søke behandling enn foresatte. Spesielt ungdom med rusvansker er vanskelig å motivere til behandling (Rickwood et al., 2007) og det kan være utfordrende å motivere de til å gjennomføre behandlingen.

Biologiske, fysiologisk, psykologiske, familiære og sosiale faktorer spiller inn ved utvikling av psykopatologi hos ungdom og er viktige å ta hensyn til i behandling (Thomsen & Skovgaard, 2007). Ifølge Thomsen og Skovgaard (2007) bør behandling ha en bred multifaktoriell tilnærming der endringsfokus ikke bare er rettet mot individet, men på hele systemet rundt personen. Ungdom har ofte liten forventninger rundt hva som skal skje i behandling og er derfor gjerne avventede. De kan ha lite tro på bedring da de gjerne har en tidligere opplevelse av å ha prøvd alt, noe som kan være knyttet til en opplevelse av at de voksne rundt har gitt opp (Bengtson, 2007). Ifølge Hubble, Duncan, og Miller (1999) er håp om endring en viktig faktor i terapi, og det er derfor viktig at terapeuten uttrykker en forventning om forandring. Bengtson (2007) påpeker at ungdom ofte tilskriver vansker til seg selv og har tanker om at "det er meg det er noe galt med". De har gjerne en indre attribusjon av vanskene, noe som vanskeliggjør evne til å se hvordan ytre faktorer kan virke inn på utvikling og opprettholdelse av vanskene. Dette kan blant annet lede til lave forventninger om bedring.

Å bygge en terapeutisk allianse i behandling med ungdom kan være utfordrende, da ungdommen ofte ikke ønsker behandling selv. Blant annet kan inkludering av foresatte i behandling være problematisk, da ungdommen kanskje ikke ønsker at foresatte skal være involvert. Dette utfordrer ungdommens og terapeutens relasjon og videre samarbeid. Ungdom og foresatte kan også ha ulike mål og ønsker i behandlingen. Behandlingsfokus bør derfor være på ungdommenes prosjekt, slik at de på denne måten kan oppleve eierskap til behandlingen (Bengtson, 2007).

Ungdom med SUD og traumeproblematikk i behandling. Ungdom med komorbid SUD og traumeproblematikk har en kompleks sammensetning av vansker, mer alvorlig og dyptliggende problematikk, og dårligere psykososial funksjon (Giaconia et al., 2003) sammenlignet med SUD og PTSD alene, og andre komorbide lidelser (McCauley et al., 2012). I tillegg debuterer denne gruppen tidligere med rus, har et høyere forbruk og et mer kronisk forløp av SUD sammenlignet med ungdom med enkeltstående SUD (Greenbaum et al., 1991). Ungdom med SUD har også en større sannsynlighet for å oppleve vold i mellommenneskelige relasjoner (Giaconia et al., 2003) noe som er med på å øke faren for nye traumer. Rusmisbruk er assosiert med sosiale, familiære og akademiske vansker, dette øker sårbarheten for å falle utenfor samfunnet (Cohen et al., 2003). Utestenging av sosiale grupper som resultat av rusbruk kan utløser negative emosjoner hos ungdommen og skape assosiasjoner til tidligere opplevelser av avvísning. Dette kan forsterke traumerelatert symptom, som igjen kan være med på å øke SUD symptomene og behovet for å ruse seg for å dempe negative emosjoner og angst relatert til de sosiale vanskene (Cohen et al., 2003). Samlet sett er dette faktorer som gjør gruppen utfordrende å behandle.

Forskning viser at det er en sammenheng mellom seksuelt misbruk fra nære relasjoner i barndommen og senere utvikling av en usikker tilknytningsstil, i form av engstelig eller unnvikende atferd. Usikker tilknytning er en av de sterkeste prediktorene for senere utvikling av psykiske vansker, som PTSD og SUD (Barker-Collo & Read, 2003; DeBellis, 2002). Dette støttes av Kendler et al. (2000) som viser til at personer som har opplevd seksuelt misbruk i barndommen har økt risiko for utvikling av SUD. Personer med en usikker tilknytningsstil tenderer til en indre attribusjon av skyld, har gjerne en unnvikende atferd til andre mennesker, destruktive mestringsstrategier og opplevelse av hjelpeløshet og stigmatisering. Unnvikende strategier kan øke sannsynligheten for å ruse seg for å dempe negative assosiasjoner og er med på å øke risikoen for å utvikle og opprettholde PTSD og SUD (Cohen et al., 2003). Rus

kan brukes som en metode for å håndtere vansker relatert til traumet (Bujarski et al., 2012), og kan oppleves som en lettere løsning enn å gå i behandling. Dette støtter selvmedisineringshypotesen antagelse om bruk av rus som mestringsstrategi (Khantzian, 1997). Usikker tilknytning vil kunne påvirke behandlingsforløpet hos denne gruppen, blant annet kan gruppeterapi og relasjonsbygging være vanskelig (Cohen et al., 2003).

I Norge blir behandling for ungdom med komorbid SUD og traumeproblematikk primært gitt innenfor spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012). Siden ungdom som gruppe er spredt i alder kan de falle inn under en rekke ulike instanser som barne og ungdomspsykiatrien (BUP), distriktpsikiatriske senter (DPS), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykiatriske ungdomsteam (PUT). Behandlingen har tradisjonelt skjedd via separate tilbud med lite fokus på komorbiditet og lidelsenes gjensidige påvirkning. Dette kan vanskeliggjør behandling, da behandlingsfokus på en av lidelsene kan virke symptomforverrende på den andre (Back et al., 2006; Brown et al., 1998). Begge lidelsene blir også ofte underrapportert av ungdom (Lund et al., 2010; Ormhaug et al., 2012), i tillegg kan problematikken vedvare i voksne alder og lede til et kronisk forløp (Cohen et al., 2003).

Tilpasninger i behandling

Litteraturen har pekt på en rekke tilpasninger og komponenter som er viktige i behandling av ungdom med komorbid SUD og traumeproblematikk (Cohen et al., 2003; Najavits et al., 2006; Suarez et al., 2012). En studie av «Seeking safety» (SS) vektlegger flere elementer som er viktig å ta hensyn til i behandling av jenter med komorbid SUD og PTSD (Najavits et al., 2006). Individuell tilpasning er et element som er særlig viktig i behandling. Dette gjelder særskilt ved motstand fra pasient, noe som er vanlig hos ungdom (Bengtson, 2007) og pasienter med SUD (Rickwood et al., 2007). Innholdet i behandlingen må tilpasses aldersgruppen og være i tråd med ungdommens forståelsesnivå slik at ungdommen kan relatere seg til informasjonen som gis. Eksempler der man viser til andre ungdommers

erfaringer og skaper diskusjon rundt dette kan hjelpe å utløse dypere følelser. For eksempel «hva ville du sagt til en venn som var i en slik situasjon» eller «hvordan ville andre ungdommer hatt det i en slik situasjon?» (Najavits et al., 2006).

En del ungdom kan ha vansker utover det som er fokus i behandlingen, det kan derfor være nyttig å tilby timer der man åpner opp for temaer som ungdommen selv ønsker å ha fokus på. Dette kan være med på å motivere ungdommen til videre behandling av de aktuelle vanskene. Inkludering av foresatte i behandlingsforløpet vil også være aktuelt da de ofte er en viktig del av ungdommens hverdag. Foresatte kan da få en oppdatering på hvordan behandlingen går, men det er imidlertid ikke alltid ungdommen ønsker dette (Najavits et al., 2006). En årsak kan være dårlig relasjon mellom ungdom og voksen, noe som kan være med på hindre fremgang i behandlingen. For ungdom er det viktig å drøfte inkludering av foresatte i terapi, dette for å avklare rammer for behandling og styrke den terapeutiske relasjonen.

Cohen et al. (2003) har samlet en rekke komponenter som er felles i empirisk støttet behandling for ungdoms med SUD og misbruksrelatert-PTSD. Dette er sett i sammenheng med komponent som har vist effekt i integrerte intervensjoner for voksne med komorbid PTSD og SUD. Disse består blant annet av etablering av en terapeutisk relasjon preget av trygghet, struktur, fleksibilitet og fokus på å jobbe sammen mot et felles mål. Et annet komponent er å øke evne til stressmestring ved å øke bevissthet rundt sammenhengen mellom kropp og sinn. Cohen et al. (2003) vektlegger viktigheten av å fremme identifisering, uttrykk og modulering av negative affektiltstander, for å øke evne til å gjenkjenne forløpere til negative følelser som minner om traume. Evne til å gjenkjenne, utfordre og rette feilaktige kognisjoner som bidrar til negative affekt eller selvdestruktiv atferd som SUD, styrke evne til problemløsning, motstå rusmidler og evne til å skape trygghet vektlegges også. Blant annet ved at personen lærer å gjenkjenne situasjoner som øker risiko for bruk av rusmidler og/eller viktimisering. Fokus på sosiale ferdigheter gjennom bedring av kommunikasjonsevner der

personen lærer å ytre ønsker og behov ovenfor andre, anses også som et viktig komponent.

Anvendelse av gradvis eksponeringsteknikker anbefales for å fremme utvikling av narrativer for tidligere traumatiske hendelser. En kan på denne måten desensitiviseres til traumerelaterte minner. Cohen et al. (2003) peker også på involvering av foreldre i behandling som et viktig element. Dette kan gjøres ved å øke foreldrekompetansen, bedre kommunikasjon mellom foreldre og ungdommen, undersøke og rette opp foreldreatferd som kan bidra til å forsterke ungdommens SUD og/eller traumerelaterte symptom, reduserer familiære konflikter og skyldfordeling, og lage kontrakter om ikke å bruke vold i familier der fysisk vold forekommer. Psykoedukasjon om PTSD og SUD, tilfeldig urinprøver med konsekvente konsekvenser for å avdekke skjult rusbruk og vurdering av medisiner for ungdommens symptom anses i tillegg som viktige faktorer (Cohen et al., 2003).

Suarez et al. (2012) vektlegger faktorer for suksessfull integrert behandling av ungdom med komorbid SUD og traumeproblematikk. Systematisk utredning av traume eksponering, traumatisk stress og SUD anbefales som rutine ved behandling av ungdom. Utredning av traumatisk opplevelser kan gjøres ved bruk av flere kartleggingsinstrument som PTSD symptomskala for barn (CPSS) (Foa, Johnson, Feeny, & Treadwell, 2001), som er et selvrapporteringskjema for barn mellom 8 til 18 år og kartlegging av traumatiske erfaringer (KATE) som finnes i både foreldre versjon og som selvrapporteringskjema (NKVTS, 2011). Dette er i tråd med anbefalinger gitt av Ormhaug et al., (2012). Ungdom bør videre ha tilgang på flere alternative behandlingsprogram som kan bidra med behandling tilpasset individets vansker. Dette fordi ungdom med komorbid SUD og traumeproblematikk har sammensatte vansker og ofte et behov for oppfølging over lengre tid. På denne måten kan individet få en helhetlig struktur rundt seg. Suarez et al. (2012) anbefaler også å utvikle eller forsterke ressurser som fremmer et integrert samarbeid mellom sektorer, og påpeker behovet for at behandlere utvikler kompetanse om gruppen. Til tross for at det ikke er etablert en

evidensbasert integrert behandling for denne populasjonen, eksisterer det en rekke evidensbaserte komponent som kan implementeres i slik behandling (Suarez et al., 2012).

Diskusjon

Det å være ungdom er i seg selv assosiert med en rekke utfordringer og de er i en fase preget av løsrivelse, utvikling og påvirkning av andre sosialiseringssagenter enn barn og voksne (Bengtson, 2007; Steinberg, 2011) Ungdom under 18 år lever ofte fortsatt i en familiekonstellasjon, noe som kan være utfordrende grunnet økt ønske om autonomi. For å oppnå økt autonomi tester og utforsker ungdom grenser, noe som kan gi både positive og negative erfaringer. Bruk av rusmidler (Folkehelseinstituttet, 2011) og forekomst av psykiske vansker (Steinberg, 2011) øker i ungdomsårene. For ungdom som har opplevd traume kan ungdomstiden være ekstra utfordrende og gjøre de særlig sårbare for både utvikling av psykiske vansker og bruk av rusmidler. Dette støttes av forskning som viser at traumatisering i barndommen er assosiert med utvikling av SUD (Khoury et al., 2010), og en stor andel ungdom med SUD har opplevd en eller flere traumatiske hendelser (Costello et al., 2002). Komorbid PTSD er vanlig hos denne gruppen (Giaconia et al., 2003), samtidig som en del ungdom med traumehistorikk ikke tilfredsstiller kriteriene for en PTSD diagnose (Putnam, 2003; van der Kolk et al., 2005). En del av disse viser symptomer på en mer kompleks og alvorlig traumeproblematikk, mange får andre diagnoser og symptombildet er ofte uklart. Ofte kan disse personene ha flere diagnoser i tillegg til SUD og PTSD (Kilpatrick et al., 2003). Ungdom med komorbid SUD og traumeproblematikk har ofte et sammensatt og komplekst symptom bilde som kan kreve et omfattende og langvarig behandlingstilbud (McCauley et al., 2012). De har sannsynligvis vært utsatt for langvarig belastninger, både med hensyn til traumatisk(e) hendelse(r) og emosjonell påkjenning i etterkant. Konsekvensene av ubehandlet lidelse er store, blant andre økt risiko for selvmord (Brent et al., 2002).

Studier av voksne med komorbid SUD og traumeproblematikk har vist at integrert behandling har effekt (Torchalla et al., 2012; van Dam et al., 2012), men det er gjort lite forskning på effekten av en slik behandlingstilnærming for ungdom. Forskning på effekt av separat behandling av henholdsvis SUD og traumeproblematikk hos ungdom har vist effekt. Det er imidlertid usikkert om funnene kan generaliseres til ungdom med komorbid problematikk da behandlingsmetodene tar utgangspunkt i en av de to lidelsene. Ut fra funn i litteraturen er det grunnlag for å anta at en integrerte tilnærmingen vil være mer effektiv for behandling av ungdom sammenlignet med en separat tilnærming. En årsak til dette er at integrert tilnærming vil gi et mer helhetlig behandlingstilbud som i større grad vil ivareta gruppens sammensatte og unike behov. Et problem med nåværende integrerte behandlingsmodeller er at de ikke er utformet spesifikt for ungdom, og dermed kan tenkes å ikke være like effektive for ungdom som for voksne.

Med utgangspunkt i effektstudier av behandling av voksne og ungdom med komorbid traumeproblematikk og SUD viser litteraturgjennomgangen at flere elementer er gjennomgående ved både integrert og separat behandling og det kan tenkes at disse vil gi positive behandlingsutfall hos ungdom. Utfordringer i behandling vil bli drøftet med utgangspunkt i både psykopatologi og normalpsykologiske prosesser relatert til det å være ungdom.

Behandlingsmodeller

Separate behandling for SUD og traumeproblematikk hos ungdom (Baldwin et al., 2012; Mannarino et al., 2012) og voksne (Spates et al., 2009; Torchalla et al., 2012; van Dam et al., 2012) har effekt og det er utviklet en rekke behandlingsprogram som er rettet mot ungdom med henholdsvis SUD eller traumeproblematikk (Cohen et al., 2012; Liddle & Hogue, 2001). En forklaring på effekten av separat behandling av personer med komorbid SUD og traumeproblematikk kan være at behandlende instans har et overordnet fokus på

individets vansker, og ikke kun fokuserer på den henviste lidelsen. Pasienten kan derfor oppleve bedring av eksempelvis traumesymptomer selv om de ikke blir direkte tematisert i behandling. Kognitiv restrukturering i SUD behandling kan også brukes for å håndtere traumerelaterte vansker selv om dette ikke er hovedformålet. En årsak til dette er at disse metodene kan ha indirekte effekt på andre samtidige vansker. Teknikker som eksempelvis er rettet mot rusmestring kan fungere som en midlertidig lettelse av traumesymptom.

Separat behandling for personer med komorbid SUD og traumeproblematikk har blitt kritisert (Mueser et al., 2006). En årsak til dette er studier som viser at primærbehandling med fokus kun på den ene lidelsen vil kunne forsterke symptomer på den andre lidelsen (Souza & Spates, 2008). En annen kritikk av separat behandling er at det ikke blir tatt høyde for at rus kan være en mestringsstrategi for å håndtere traumerelaterte symptom som påtrengende bilder. Dette støttes av selvmedisineringshypotesen (Khantzian, 1997) som peker på at rus brukes for å håndtere traume. Etablering av rusfrihet kan lede til at pasient mister opplevd kontroll over symptom relatert til traume grunnet mangel på alternative strategier og føre til en økning i traumerealtete symptom. Dette kan oppleves som overveldende og igjen øke risiko for tilbakefall til rus og gjøre at pasienten unnlater å komme til samtale. En integrert tilnærming vil i større grad ta høyde for den komorbide problematikken. På denne måten kan en i større grad tematisere pasientens tanker og følelser knyttet til å miste rusen som en potensiell trygghet og jobbe med utvikling av alternative mestringsstrategier. Separat behandling kan tenkes å være særlig negativt i tilfeller der pasient går i rusbehandling og terapeut ikke er klar over pasientens underliggende traumeproblematikk. Ifølge Ormhaug et al. (2012) gir en henvisning til behandling ofte ikke fullstendig informasjon om individets vansker, dette kan tenkes å øke sannsynlighet for at terapien mislykkes, da vansker som opprettholder problemene ikke blir tematisert og pasient ikke opplever bedring.

Sammenlignet med separate tilnærminger viser forskning at integrert behandling av komorbid SUD og traumeproblematikk har tilnærmet lik effekt (Torchalla et al., 2012; van Dam et al., 2012). Selv om det ikke er påvist en overordnet bedre effekt, er det flere elementer ved den integrerte tilnærmingen som kan være positivt for denne gruppen. Blant annet er den integrerte behandlingsmodellen opptatt av å tilby pasientene en helhetlig og sammenhengende behandling. Dette kan hjelpe pasienten å se sammenhengen mellom lidelsene og gi en opplevelse av å bli forstått. Å vektlegge den gjensidige påvirkningen lidelsene har på hverandre i behandling vil gi en mer holistisk forståelse av pasienten. Tilnærmingen fokuserer også på å øke kunnskapen om lidelsene på tvers av faggrupper og profesjoner for å skape et bedre grunnlag for forståelse hos fagpersonene som har behandlingsansvar (Mueser et al., 2006). Disse elementene er viktige i behandling og er med på å skape større grad av stabilitet, trygghet og kontinuitet, samtidig som det kan virke relasjonsbyggende.

En rekke av de manualbaserte og integrerte behandlingsprogrammene har spesifikke rammer for hvordan behandling skal utføres. Dette kan være problematisk i praksis og skape manglende fleksibilitet. Blant annet kan det lede til at individets unike behov, hvordan lidelsen kommer til uttrykk og lidelsens kompleksitet ikke blir tilstrekkelig tatt i betraktning. I følge Cohen et al. (2003) og Suarez et al. (2012) er tilpasninger for individet et avgjørende moment i behandling av ungdom. Mange integrerte behandlingsmetoder som blant andre kognitiv atferdsterapi for PTSD i rusbehandling og COPE (Killeen et al., 2011; McGovern et al., 2009), er begrenset til et visst antall timer, noe som kan stride imot vektlegging av individuelle behov da pasienter med SUD og traumeproblematikk kan ha behov for et langvarig behandlingstilbud. Mueser et al. (2006) peker på at individuelle tilpasninger av tidsforløp og innhold av terapi er faktorer som fremmer bedring hos denne gruppen. Triffleman et al. (1999) som har utviklet SDPT programmet problematiserer tidsavgrensningen og viser til at SDPT alene vanligvis ikke er tilstrekkelig for å dekke

behandlingsbehov for individer som har opplevd alvorlige traumer. Dette fordi behandlingen er avgrenset i tid og vil derfor ikke kunne tilby et langvarig behandlingsforløp. Ifølge Triffleman et al. (1999) kan programmet fungere som en introduksjon til behandling og deretter følges opp med en annen terapi.

Ungdom med komorbid SUD og traumeproblematikk er sårbare for endring og integrert behandling med avgrenset timetall kan derfor være særlig problematisk. Dette kan lede til at både pasient og terapeut sitter igjen med en opplevelse av at behandlingen ble avsluttet for tidlig og at det ikke ble tatt tilstrekkelig høyde for individuelle behov. Avslutning og/eller bytte av behandler er element som kan skape usikkerhet og lede til reduksjon av motivasjon til eventuell videre behandling. Diskontinuitet vil oppstå ved at en må bytte behandler og igjen må åpne seg til en ny person. Pasienten kan oppleve avvisning eller svik fra behandler i forbindelse med avslutning av terapi, noe som kan skape assosiasjoner til tidligere relasjonelle vansker. Dette kan høyne terskelen for at ungdommen søker behandling ved en senere anledning. Ungdom med denne problematikken har ofte opplevd å bli sviktet gjentatte ganger blant annet kan de ha en tidligere eller nåværende ustabil og skiftende omsorgssituasjon. Dette kan vanskeliggjøre tillitsforhold og de kan ha lave forventninger til relasjoner med andre mennesker, det kan derfor være utfordrende å bygge en terapeutisk relasjon med pasienter i denne gruppen.

«Seeking safety» er det eneste av de nevnte integrerte programmene i oppgaven som konkret vektlegger spesifikke tilpasninger til individets behov, og som ikke har avgrenset tid for avslutning av behandling (Najavits, 2002). Det kan også tenkes at ungdom med komorbid SUD og traumeproblematikk kan ha positiv effekt av et tilbud med klare rammer da det kan hjelpe ungdommen med å holde fokus. Denne gruppen kan tenkes å ha særlig behov for dette da forskning viser at vansker med selvregulering er vanlig. De kan trenge ytre hjelp og støtte til regulering.

Samlet sett har integrert behandling vist effekt, men det er usikkert om det har en bedre effekt enn separat behandling. Integrert behandling har element som også er gjennomgående i separat behandling. Effekstudier av disse elementene kan gi mer kunnskap om eventuelle tilpassinger som kan medvirke til god behandling for ungdom med komorbid SUD og traumeproblematikk. Ungdom med denne problematikken kan oppleve å bli en «kasteball» i systemet, og oppleve en manglende tilhørighet i både rusomsorgen og psykiatrien. En mer integrert behandlingstilnærming vil således være positivt da det kan skape en større helhet og tilhørighet i behandling og en opplevelse av å bli tatt på alvor.

Gjennomgående elementer i behandling

Kognitive atferdsterapi er et gjennomgående element i både integrert og separat SUD og traume behandlinger hos ungdom og voksne og har vist å ha en positiv effekt på nedgang av SUD, traume- og PTSD symptomer etter endt behandling (Amaya-Jackson et al., 2003; Barnett et al., 2012; Bisson et al., 2007; Mannarino et al., 2012; McGovern et al., 2009; Najavits et al., 2006; Triffleman et al., 1999). Blant annet blir kognitiv restrukturering benyttet i flere av behandlingstilnærminger oppgaven tar utgangspunkt i. Kognitiv restrukturering kan brukes for endre feilaktige kognisjoner, både i SUD og traumebehandling. Eksempelvis kan disse hemme individets tro på egen mestring til endring og opprettholde SUD. Å øke mestringstro kan gi individet et redskap for å håndtere vansker relatert til SUD.

Psykoedukasjon er en utbredt metode i behandling av komorbide vansker og er inkludert i alle behandlingsmetodene presentert i oppgaven. Metoden blir brukt som et redskap for å øke kunnskapen om lidelsene hos ungdommen og omsorgspersoner. Dette kan øke aksept og forståelse for vanskene ungdommen møter, minske konflikter med foresatte og redusere konfliktnivå i hjemmet. I tillegg kan psykoedukasjon øke ungdommens opplevelse av kontroll, og informasjon om normale reaksjoner på unormale hendelser som traumer kan redusere en eventuell opplevelse av at en er unormal.

Ungdomstiden er preget av utforsking og testing av grenser også når det kommer til utprøving av rusmidler. Sammenlignet med en voksen bruker som har ruset seg over lengre tid kan ungdom oppleve rusbruk som et mindre alvorlig problem. For ungdom kan bruk av rusmidler i startfasen i større grad være assosiert med spenning, utforsking og gode følelser. I tillegg kan rusen også oppleves som en effektiv metode for å redusere traumerelaterte symptom. En konsekvens av dette kan være at terskelen er høyere for å søke behandling enn for en voksen bruker. En viktig del av psykoedukasjon vil være å informere ungdom om konsekvenser av bruk av rusmidler. Psykoedukasjon må imidlertid gjøres på en måte som ikke oppleves som moraliserende eller belærende, noe som er i tråd med motiverende intervju (MI) som har særlig fokus på dette (Ortiz, 2010). Dette gjelder særlig ungdom da de er i en fase preget av økt behov for løsrivelse og selvstendighet. Ungdom som gruppe kjennetegnes ved et behov om å finne egne løsninger fremfor å bli fortalt hva de skal gjøre. Det vil være viktig at terapeuten har en forståelse for når ungdommen er klar for å motta denne informasjonen, og at den informasjonen som gis er noe som ungdommen vil forstå og kunne relatere til egne opplevelser. Ved å skape åpenhet for refleksjon og undring rundt det presenterte temaet, kan ungdommen oppleve at de er en del av informasjonsprosessen. Blant annet igjennom refleksjon rundt «hvordan kan dette relateres til mine opplevelser?» «kjenner jeg meg igjen i noe av det du sier?» «hva kjenner jeg meg ikke igjen i?». Dette vil kunne gi ungdommen større opplevelse av og bli sett og forstått.

Eksponeringsterapi som metode har vist effekt i behandling av separat traumeproblematikk (Amaya-Jackson et al., 2003; Bisson et al., 2007; Mannarino et al., 2012) å anbefales som metode i behandling av traumer. De få studien som er gjort har vist at eksponering også har effekt i behandling av komorbid SUD og PTSD hos voksne (Mills et al., 2012; Triffleman, 2000). Behandlingene var rettet mot personer med PTSD, og det er ikke kjent om behandlingen er like effektiv for personer med symptom utover en PTSD diagnose. I

følge Coffey et al. (2005) er ikke personer med tidligere alvorlig traumehistorikk en gruppe som profiterer på eksponering, og tilpasninger må gjøres. Dersom behandler vurderer at pasienten ikke har mestringsstrategier for å kunne tolerere eksponering uten at det vil oppleves som overveldende og lede til en forverring i tilstanden, bør eksponering ikke utføres. Eksponering er en utbredt og anbefalt metode i traumebehandling og kan derfor også tenkes å være effektiv for ungdom med komorbid SUD og traumeproblematikk dersom det blir tatt høyde for nevnte utfordringer.

Avslapningsøvelser (Amaya-Jackson et al., 2003; Bisson et al., 2007; Mannarino et al., 2012; McGovern et al., 2009; Najavits, 2002) er en utbredt behandlingsmetode i behandling av traumeproblematikk for ungdom og voksne. Slike øvelser kan tenkes å være effektivt ved blant annet mestring av tankekjør som kan oppstå i forbindelse med og/eller i etterkant av rusbruk.

Familiefokuserte elementer kan medvirke til et positivt behandlingsutfall for ungdom (Baldwin et al., 2012; Mannarino et al., 2012; Najavits et al., 2006; Waldron & Turner, 2008). Fokus på familien og særlig inkludering av foresatte i behandlingen er gjennomgående i familiefokusert terapi. Gjennom metoden kan en skape trygghet og rammer i samarbeid med personer i nær relasjon til ungdommen. Samarbeid med omsorgsgivere om blant annet bedre grensesetting virker å være et element for bedring hos ungdommen. Fokus på sosiale strukturer som venner, skole og fritid kan ha en positiv effekt på ungdom i behandling (Baldwin et al., 2012; Waldron & Turner, 2008), mens miljø der ungdom har lett tilgang på rus vil øke sannsynlighet for rusing og tilbakefall til rus.

For ungdom som har opplevd traume innad i familien kan oppfølging i samarbeid med foresatte og andre familiemedlemmer være problematisk. Et slikt samarbeid kan utløse negative reaksjoner som opplevelse av skyld, skam og svik. Disse opplevelsene kan være fremtredende dersom ungdommen må gå i behandling sammen med en eller flere som har

påført traumene og kan skape sterk frykt for å åpne seg i terapi. Dette kan komme til uttrykk som sinne og mangel på samarbeidsvilje ovenfor terapeut. Ungdommen kan ha negative emosjoner rettet mot andre rundt seg og kjenne svik og sinne over at ingen grep inn eller oppfattet hva som foregikk. De kan også ha tanker om at de selv burde ha reagert på en slik måte at de kunne hindret hendelsen, dette er vanlig blant ungdom som har blitt utsatt for traume(r). Selvskyld knyttet opp mot overgrepene og en opplevelse av at det er noe galt med en selv kan være sterk (Jensen, 2007). Dette er momenter som kan vanskeliggjør samarbeid med foresatte i behandling. I tillegg er ungdom i en fase med løsrivelse fra foresatte som generelt kan vanskeliggjøre inkludering av foresatte i behandling, uavhengig av om det foreligger relasjonelle vansker eller ikke.

Alle de overnevnte behandlingselementene er gjennomgående i flere av de forskjellige behandlingsmodellene som oppgaven tar utgangspunkt i, og er pekt på som viktige element i behandling av komorbid SUD og traumeproblematikk av blant andre Suarez et al. (2012), Najavits et al. (2006) og Cohen et al. (2003).

Utfordringer i behandling av ungdom med komorbid SUD og traumeproblematikk

Ungdom som opplever overgrep i nære relasjoner kan tenkes å ha behov for en annen type behandling enn ungdom som blir utsatt for enkelttraume som for eksempel en bilulykke. Reaksjoner på traumer avtar ofte av seg selv etter noen måneder, men kan i noen tilfeller utløse behov for terapeutisk hjelp. Støtte og tilrettelegging i den akutte fasen kan i mange tilfeller være tilstrekkelig for å unngå senere vansker (Jensen, 2007). Relasjonelle traumer foregår ofte over tid og kan lede til en kompleks traumatisering. Ungdom som utsettes for mer komplekse relasjonelle traumer, vil mest sannsynlig ha behov for mer omfattende psykoterapi. Dette avhenger av individuelle forskjeller og av støtteapparatet rundt individet (Jensen, 2007). I tilfeller der traumene fortsatt er pågående vil det være viktig å ha primærfokus på å skape trygghet for individet, eksempelvis med involvering av barnevernet. Ungdom med

traumatiske hendelser som ligger lenger tilbake i tid kan ha mindre behov for stabilisering og større utbytte av terapi.

Traumatiske hendelser blir ofte underrapportert av ungdom (Ormhaug et al., 2012; Suarez et al., 2012). En årsak til dette kan være ungdommens ønske om å være «normal». Å øke bevissthet hos klinikere om at traumatiske hendelser ofte forekommer hos ungdom kan være med på å eliminere feildiagnostisering hos denne gruppen. Bruk av rusmidler underrapporteres også hyppig av ungdom (Lund et al., 2010). En årsak kan være frykt for at foresatte skal oppdage bruken. Grundige anamnesticke intervju samt systematisk kartlegging vil gjøre det lettere å fange opp traumatiske hendelser og SUD, og dermed øke sannsynligheten for å lykkes med behandling. En viktig faktor for å få kjennskap til eventuelle traumatiske erfaringer er å stille konkrete spørsmål. For eksempel at terapeuten spør «har du noen gang blitt slått, eller vært vitne til at andre har blitt slått?». Konkrete spørsmål vil også være viktig i forhold til rus. Hvilken funksjon rusen har for individet, hva som trigger rusing og hvilke mestringsstrategier personen bruker for å unngå rusing er viktig å kartlegge for terapeuten. Kartlegging av traumer, skape trygghet og lære individet enkle strategier for mestring av traumet er viktige element før en begynner og utforske traumet i behandling (Jensen, 2007), fokus på dette vil det være nyttig for å skape et fundament for videre behandling.

Komorbid SUD og traumeproblematikk øker fare for tilbakefall, og bedring er vanskelig å oppnå hos denne gruppen (McCauley et al., 2012). Det vil derfor være aktuelt med en tett og langvarig oppfølging. SUD hos ungdom kan ofte fremstå som en primærlidelse på grunn av et eksternaliserende symptom-bilde. Blant annet kan nære relasjoner av ungdommen oppleve større grad av fysiske og atferdsmessige endringer som kan gjøre det lettere å oppdage rusbruk. Foresatte er gjerne de som henviser ungdommen til behandling og kan bidra med komparentopplysninger. Traumeproblematikk kan på sin side være

vanskeligere å fange opp hos denne gruppen da symptomene ofte kan være mer internalisert og skjult for omgivelsene. Traumelidelsen kan være underliggende, men vanskeligere for andre å oppdage da de ikke har utløst like store synlige konsekvenser som SUD. Dette kan være med å forklare hvorfor ungdom med komorbid SUD og traumeproblematikk ofte blir henvist for andre vansker. Det er store individuelle forskjeller i symptombildet til personer med komorbid SUD og traumeproblematikk, og ungdom med SUD og traumeproblematikk er en heterogen gruppe med mange ulike behov.

For ungdom under 16 år har foresatte innsynsrett i behandling. Dette kan gjøre at pasienten ikke ønsker å åpne seg for terapeuten og oppleve behandlingssituasjonen som utrygg. Å dele med terapeuten kan oppleves vanskelig grunnet frykt for at foresatte skal få innsyn i informasjonen som deles i behandlingstimene. Rus og traumer kan også oppleves som skambelagte tema. Ungdommen kan frykte foresattes reaksjoner, og særlig i forbindelse med traumatiske hendelser være redd for å ikke bli trodd eller avvist.

Det kan også tenkes at pasienten bevisst unnlater å snakke om traumet, for å beskytte seg selv i form av en unnvikende mestringsstrategi. (Cohen et al., 2003). Ungdom med en slik strategier vil ha særlig vansker med gruppeterapi og relasjonsbygging i behandling (Cohen et al., 2003). Blant annet er 12-stepsprogrammet en metode som vanligvis blir brukt i en gruppesetting og som for en del ungdom med traumeproblematikk vil oppleves som problematisk, grunnet ønsker om å unngå tema som vekker minner om tidligere traume (Cohen et al., 2003). Gruppeterapi kan oppleves som en utrygg situasjon og er avhengig av at individet åpner seg for mange ukjente. Det kan særlig være vanskelig om ungdommen selv kanskje har unnlatt å forholde seg til den traumatiske hendelsen. En slik terapi er et alternativ for individer som i større grad har bearbeidet hendelsen og som har teknikker for å håndtere påtrengende og vonde minner relatert til den traumatiske opplevelsen.

Det vil være aldersmessige forskjeller i kognitive evner mellom ungdom, men individuelle faktorer vil virke inn. I tillegg har studier vist at traume (van der Kolk, 2003) og SUD (Medina et al., 2007) er assosiert med anormaliteten i hjernefunksjon og – struktur hos ungdom. Mengde og type rusmiddel som brukes vil også virke inn. Både å bli eksponert for traume og bruk av rusmidler over lengre tid kan påvirke individets kognitive kapasitet og blant annet redusere evne til å ta inn informasjon. Noe som understreker betydningen av å ha fokus på individets kognitive kapasitet og tilpasse etter dette i behandling.

Kjønnsforskjeller er også faktorer som kan tenkes å virke inn i behandling. Det er påvist kjønnsforskjeller ved ulike traumatiske hendelser. Fysisk misbruk blant gutter og seksuelt misbruk blant jenter har vist en signifikant assosiasjon med utvikling av SUD (Silverman et al., 1996). Både fysiske og seksuelle overgrep viste sammenheng med utvikling av PTSD hos jenter, mens for gutter viste kun fysiske overgrep en sammenheng med PTSD (Silverman et al., 1996). Funnene indikerer at jenter og gutter påvirkes på ulike måter av traumatiske hendelser. Jenter rapporterer i større grad om seksuelle overgrep (Reigstad et al., 2006), noe som muligens gjenspeiles i funnene. I tillegg er det flere jenter som utvikler en PTSD diagnose (Kessler et al., 1995). Dette kan indikere at jenter i større grad enn gutter utvikler et symptombylde som gjenspeiler kriterium for en PTSD diagnose, og det kan tenkes at guttene heller faller innenfor andre diagnostiske kategorier. En annen mulighet er at de håndterer traumatiske opplevelser på andre måter enn jenter. Gutter søker generelt sett også sjeldnere behandling, noe som kan gjenspeile funnene.

Behandler må ta høyde for at det er store individuelle forskjeller i opplevelse og håndtering av traume og rus, og samspillet mellom disse. Både SUD og den traumatiske hendelsen vil påvirkes av grad av støtte fra familie, venner og miljøet rundt. En multistrukturell tilnærming til traumet vil derfor være nyttig. Alle tilnærmingene i oppgaven som har fokus på ungdom tar utgangspunkt i at endring må rettes mot både miljøet og

individet (Thomsen & Skovgaard, 2007). Behandler bør derfor ha fokus på relasjonelle og miljømessige element som kan virke forsterkende på individets symptomnivå og med utgangspunkt i dette tilrettelegge behandlingsopplegget. Som del av behandlingen bør det utformes kriseplaner der pasienten og behandler i samarbeid finner strategier som blant annet reduserer bruk av negative strategier som å ruse seg.

Begrensninger

Behandling for komorbid SUD og traumeproblematikk er primært utviklet på bakgrunn av forskning gjort på voksne og få studier har hatt fokus på ungdom. Oppgaven har bare identifisert en studie som har undersøkt integrert behandling av ungdom med SUD og traumeproblematikk (Najavits et al., 2006). Anvendbarheten på gutter er ukjent da studien bare ble utført på jenter. I tillegg har oppgaven tatt utgangspunkt i amerikanske studier, dette fordi det er utført få eller ingen behandlingsstudier på norsk populasjon med komorbid SUD og traumeproblematikk.

Oppgaven har definert ungdom til årene 12 til 25 år, et stort aldersspenn med store utviklingsmessige forskjeller. Årsaken til dette er at de presenterte studier tar utgangspunkt i et stort aldersspenn. Dette kan lede til at traume for eldre ungdom ligger langt tilbake i tid, mens for en 12-åring kan traume være av nyere dato eller også fortsatt pågående. Ungdom i dette aldersspennet vil i tillegg være preget av ulike livssituasjoner og utfordringer knyttet til dette. Noe som begrenser sammenligningsgrunnlaget innad i gruppen og mellom de ulike studiene.

SUD er et vidt begrep og inkluderer flere grader av rusbruk som kan gi ulike utfall i symptom. Sammenligningsgrunnlaget mellom gruppene vanskeliggjøres på grunn av dette. Det vil også være stor forskjell i behandlingsbehov til en person som ruser seg uregelmessig sammenlignet med en person som ruser seg daglig. Flere behandlingsstudier inkluderer ulik grad av rusbruk, blant annet sammenlignes tobakk med tyngre rusmidler (Jensen et al., 2011).

Hvorvidt en kan sammenligne effekt av behandling for grupper som bruker ulike rusmidler er dermed usikkert, da disse sannsynligvis vil ha ulikt behandlingsbehov.

En gjennomgående svakhet med de presenterte studiene av integrerte behandlingsprogram er små utvalg og høyt frafall i behandling (Torchalla et al., 2012; van Dam et al., 2012). Dette styrker behovet for flere randomiserte og kontrollerte studier for å kunne validere effekt. Bruk av større grupper vil øke reliabilitet og være viktig for å redusere muligheten for at tilfeldige faktorer interfererer. En annen svakhet med studier på integrert behandling, er at den ofte sammenlignes med TAU og innholdet i denne behandlingen er lite spesifisert sammenlignet med den integrerte behandlingen som gjerne har konkrete rammer. Et alternativ kan være å sammenligne tilnærmingen med et evidensbasert behandlingsprogram for henholdsvis SUD eller traumeproblematikk. En del studier undersøker ikke effekt av behandling ved bruk av sammenligningsgruppe, noe som vanskeliggjør muligheten for å si noe om tilnærmingen har bedre effekt enn en annen. I tillegg er det få studier som er utført på de ulike integrerte behandlingsprogrammene, eksempelvis er det bare utført en studie på DART (Sacks et al., 2008) som oppgaven kjenner til. Dette gjør det vanskelig å dra konklusjoner angående effekt. Behandlingsstudier er generelt sett vanskelig å utføre da en rekke ukontrollerbare faktorer vil virke inn. Kvalitative studier kan tenkes å være et godt supplement da en i større grad får fanget opp tanker og opplevelse til mottaker av behandling.

Konklusjon

Som oppgaven viser er ungdom en gruppe med andre behov i behandling sammenlignet med voksne og barn. En fordel med tilpassede terapiformer til ungdom er at de dekker utviklingsmessige behov knyttet til ungdomstiden, og tar høyde for at gruppen ofte har mindre grad av indre motivasjon for å komme i terapi. Ungdom med komorbid problematikk er krevende å ha i behandling, blant annet grunnet høyt lidelsetrykk, hyppig uteblivelse og frafall i behandling. Oppgaven har referert og drøftet en rekke faktorer i ulike

behandlingsopplegg som vil være effektive i behandling av ungdom med komorbid rus og traumeproblematikk, utprøving av elementene på ungdom vil være viktig for å undersøke effekt og for å skape et optimalt behandlingsopplegg. Virksomme intervensjoner i ungdomsårene viser positiv langtidseffekt, i tillegg kan ubehandlet lidelse lede til et kronisk forløp og økt selvmordsrisiko. Dette understreker betydningen av behandling. Få studier er utført på ungdom med rus og traumeproblematikk, det er derfor behov for mer forskning på behandling av gruppen og deres problematikk. Dette kan gi en bedre forståelse av kompleksiteten og samspillet mellom vanskene. På bakgrunn av dette er det viktig å satse på utforming av gode behandlingsmetoder for denne gruppen og deres unike behov. Tett oppfølging over en periode med en evidensbasert behandlingsmodell tilpasset denne gruppen, etterfulgt av mulighet for langvarig oppfølging med lavterskeltilbud ved behov, kan redusere risiko for tilbakefall. Satsing på nevnte faktorer vil over tid være lønnsomt i et samfunnsperspektiv.

Referanser

- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759-774. doi:10.1016/s0145-2134(98)00062-3
- Amaya-Jackson, L., Reynolds, V., Murray, M. C., Nelson, A., Cherney, M. S., Lee, R., . . . March, J. S. (2003). Cognitive-behavioral treatment for pediatric posttraumatic stress disorder: Protocol and application in school and community settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(3), 204-213. doi:10.1016/s1077-7229(03)80032-9
- American Psychiatric Association. (1997). *Diagnostiske kriterier fra DSM-IV* (Aagaard, M. & Dahl, A. A. Overs.). Oslo: Pilgrim Press.
- Back, S. E. (2010). Toward an improved model of treating co-occurring PTSD and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(1), 11-13. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09111602
- Back, S. E., Brady, K. T., Jaanimagi, U., & Jackson, J. L. (2006). Cocaine dependence and PTSD: A pilot study of symptom interplay and treatment preferences. *Addictive Behaviors*, 31(2), 351-354. doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.008
- Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., Shadish, W. R., & Bean, R. (2012). The Effects of Family Therapies for Adolescent Delinquency and Substance Abuse: A Meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 281-304. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00248.x
- Barker-Collo, S., & Read, J. (2003). Models of response to childhood sexual abuse : Their implications for treatment. *Trauma Violence Abuse* 4(2), 95-111. doi:10.1177/1524838002250760

- Barnett, E., Sussman, S., Smith, C., Rohrbach, L. A., & Spruijt-Metz, D. (2012). Motivational Interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 37(12), 1325-1334. doi:10.1016/j.addbeh.2012.07.001
- Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42 277-292. doi:10.1016/S0005-7967(03)00138-4
- Bender, K., Springer, D. W., & Kim, J. S. (2006). Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: A systematic review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(3), 177-205.
- Bengtson, M. (2007). Ungdommens prosjekt. I Øvreeide H. og Haavind, H. (Red.), *Barn og unge i psykoterapi- samspill og utviklingsforståelse* (s. 208-228). Oslo: Gyldendal.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder - Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104. doi:10.1192/bjp.bp.106.021402
- Brady, K. T., Dansky, B. S., Back, S. E., Foa, E. B., & Carroll, K. M. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: Preliminary findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(1), 47-54. doi:10.1016/s0740-5472(01)00182-9
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., . . . Mann, J. J. (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempt - Risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Archives of General Psychiatry*, 59(9), 801-807. doi:10.1001/archpsyc.59.9.801

Bretteville-Jensen, A. L. (2011). Tobakk- og rusmiddelbruk blant unge voksne i Norge:

Hovedfunn fra en spørreundersøkelse foretatt i 2010 blant 18-30 åringer. Hentet fra

<http://sirus.no/nor/>

Brown, P. J., Stout, R. L., & Gannon-Rowley, J. (1998). Substance use disorder PTSD

comorbidity - Patients' perceptions of symptom interplay and treatment issues. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(5), 445-448. doi:10.1016/s0740-5472(97)00286-9

Brown, P. J., Stout, R. L., & Mueller, T. (1999). Substance use disorder and posttraumatic

stress disorder comorbidity: Addiction and psychiatric treatment rates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(2), 115-122. doi:10.1037//0893-164X.13.2.115

Bujarski, S. J., Feldner, M. T., Lewis, S. F., Babson, K. A., Trainor, C. D., Leen-Feldner, E., .

. . Bonn-Miller, M. O. (2012). Marijuana use among traumatic event-exposed adolescents: Posttraumatic stress symptom frequency predicts coping motivations for use. *Addictive Behaviors*, 37, 53-59. doi:10.1016/j.addbeh.2011.08.009

Carruth, B., & Burke, P. A. (2006). Psychological trauma and addiction treatment. I B.

Carruth (Red.), *Psychological trauma and addiction treatment* (s. 1-15): The Haworth Press.

Cary, C. E., & McMillen, J. C. (2012). The data behind the dissemination: A systematic

review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 748-757.

doi:10.1016/j.childyouth.2012.01.003

Chambless, D. L. (1996). In defense of dissemination of empirically supported psychological

interventions. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 3(3), 230-235.

Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Brady, K. T., & Cotton, B. D. (2007). Changes in PTSD

symptomatology during acute and protracted alcohol and cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 87(2-3), 241-248. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.08.025

- Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Brimo, M. L., & Brady, K. T. (2005). Exposure therapy for substance abusers with PTSD : Translating research to practice. *Behaviour Modification*, 29(1), 10-38. doi: 10.1177/0145445504270855
- Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S., Chrisman, A., Farchione, T. R., . . . Medicus, J. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414-430.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42-50. doi:10.1097/00004583-199601000-00011
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Esther, D. (2012). Introduction. I Cohen, J. A. Mannarino A. P. & Deblinger, E. (Red.), *Trauma - focused CBT for children and adolescents* (s. 1-29). New York: The Guildford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Zhitova, A. C., & Capone, M. E. (2003). Treating child abuse-related posttraumatic stress and comorbid substance abuse in adolescents. *Child Abuse & Neglect* 27, 1345-1365. doi:10.1016/j.chiabu.2003.08.001
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & Kolk, B. v. d. (2003). *Complex trauma in children and adolescents*. (s. 4-34). National Center for Child Traumatic Stress. Hentet fra http://www.nctsnet.org/sites/default/files/assets/pdfs/ComplexTrauma_All.pdf
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., . . . Kolk, B. v. d. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Cook, J. M., Walser, R. D., Kane, V., Ruzek, J. I., & Woody, G. (2006). Dissemination and feasibility of a cognitive-behavioral treatment for substance use disorders and

- posttraumatic stress disorder in the veterans administration. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38(1), 89-92.
- Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A., & Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 99-112. doi:10.1023/a:1014851823163
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the australian national survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine*, 31(7), 1237-1247. doi:10.1016/S0306-4530(01)00042-7
- Deas, D. (2008). Evidence-based treatments for alcohol use disorders in adolescents. *Pediatrics*, 121, 348-354. doi:10.1542/peds.2007-2243G
- DeBellis, M. D. (2002). Developmental traumatology: A contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology* 27, 155-170. doi:10.1016/S0306-4530(01)00042-7
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474-1484. doi:10.1097/01.chi.0000240839.56114.bb
- Deykin, E. Y., & Buka, J. L. (1997). Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 752-757.
- Dixon, L. J., Leen-Feldner, E. W., Ham, L. S., Feldner, M. T., & Lewis, S. F. (2009). Alcohol use motives among traumatic event-exposed, treatment-seeking adolescents: Associations with posttraumatic stress. *Addictive Behaviors*, 34(12), 1065-1068. doi:10.1016/j.addbeh.2009.06.008

- Drake, R. E., Wallach, M. A., Alverson, H. S., & Mueser, K. T. (2002). Psychosocial aspects of substance abuse by clients with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(2), 100-106. doi:10.1097/00005053-200202000-00006
- Dyregrov, A. (2000). *Barn og traumer - en håndbok for foreldre og hjelpere*. Bergen: Fagboklaget.
- Emmelkamp, P. M. G., & Vedel, E. (2006). *Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse: a practioner's guide to theory, methods, and practice*. New-York: Routlegde.
- Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp: Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fletcher, K. E. (2003). Childhood posttraumatic stress disorder. I Mash, E. J. & Barkley, R. A. (Red.), *Childhood psychopathology* (2 utg., s. 330-371). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences - therapists guide*. New York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. H. (2001). The PTSD symptom scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 376-384. doi:10.1207/S15374424JCCP3003_9
- Folkehelseinstituttet. (2011). *Helsetilstanden i Norge: Alkoholbruk*. Hentet fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4578:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70820:15,4578:1:6043:1:::0:0
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Paradis, A. D., & K, S. C. (2003). Comorbidity of substance use disorders and posttraumatic stress disorder in adolescents. I Ouimette, P. & Brown, P. J. (Red.), *Trauma and substance abuse: Causes, consequences and treatment of comorbid disorders* (s. 227- 242). Washington: American Psychological Association Press.

- Glynn, L. H., & Moyers, T. B. (2009). Motivational interviewing for addictions i evidence-based addiction treatment. I Miller, P. M. (Red.), *Evidence addiction treatment* (s. 175-188): Elsevier
- Greca, A. M. L., Boyd, B. A., Jaycox, L. H., Kassam-Adams, N., Mannarino, A. P., Silverman, W. K., . . . Wong, M. (2008). *Children and trauma: Update for mental health professionals*. (s. 1-7). American Psychological Association. Hentet fra <http://www.apa.org/pi/families/resources/update.pdf>
- Greenbaum, P. E., Foster-Johnson, L., & Petrila, A. (1996). Co-occurring addictive and mental disorders among adolescents: Prevalence research and future directions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 52-60. doi:10.1037/h0080154
- Greenbaum, P. E., Prange, M. E., Friedman, R. M., & Silver, S. E. (1991). Substance abuse prevalence and comorbidity with other psychiatric disorders among adolescents with sever emotional disturbances. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 575-583. doi:10.1097/00004583-199107000-00008
- Hawke, J. M., & Kamnier, Y. (2009). Evidence-based interventions for adolescent substance users. I Miller, P. M. (Red.), *Evidence based addiciton treatment* (s. 345-360): Elsivier
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. (978-82-8081-246-9). Oslo: Helsedirektoratet.
- Hien, D. A., Cohen, L. R., Miele, G. M., Litt, L. C., & Capstick, C. (2004). Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1426-1432. doi:10.1176/appi.ajp.161.8.1426
- Howard, M. O., Perron, B. E., Vaughn, M. G., Bender, K. A., & Garland, E. (2010). Inhalant use, inhalant-use disorders, and antisocial behavior: Findings from the national

- epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(2), 201-209.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart & soul of change: What works in therapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1184-1190. doi:10.1176/appi.ajp.158.8.1184
- Jaycox, L. H., Ebener, P., Damesek, L., & Becker, K. (2004). Trauma exposure and retention in adolescent substance abuse treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17(2), 113-121. doi:10.1023/b:jots.0000022617.41299.39
- Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 433-440. doi:10.1037/a0023992
- Jensen, T. K. (2007). Hjelp barn og ungdom som har vært utsatt for traumer. I Haavind, H. & Øvreeide, H. (Red.), *Barn og unge i psykoterapi- samspill og utviklingsforståelse* (s. 294- 327). Oslo: Gyldendal.
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women - An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953-959. doi:10.1001/archpsyc.57.10.953
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry* 4(5), 231-244.
doi:10.3109/10673229709030550
- Khantzian, E. J., Mack, J. F., & Schatzberg, A. F. (1974). Heroin use as an attempt to cope: Clinical observation. *American Journal of Psychiatry*, 131(2), 160-164.
- Khoury, L., Tang, Y., Bradley, B., Cubells, J., & Ressler, K. (2010). Substance use, childhood traumatic experience and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1077-1086. doi:10.1002/da.20751
- Killeen, T. K., Back, S. E., & T.Brady, K. (2011). The use of exposure-based treatment among individuals with PTSD and co-occurring substance use disorders: clinical considerations. *Journal of Dual Diagnosis*, 7(4), 194-206.
doi:10.1080/15504263.2011.620421
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., & Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19-30.
doi:10.1037//0022-006X.68.1.19
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the national survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 692-700. doi:10.1037/0022-006X.71.4.692
- King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., . . . Ollendick, T. H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1347-1355. doi:10.1097/00004583-200011000-00008

- Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer: Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi*, 12(3), 309-318.
- Liddle, H. A., & Hogue, A. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. I Wagner, E. F. & Waldron, H. B. (Red.), *Innovations in adolescent substance abuse interventions* (s. 229- 261). London: Pergamon/Elsevier Science.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A., & Henderson, C. E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(1), 49-63.
- Lund, I., Anne Line Bretteville-Jensen, Skretting, A., Rise, J., Nordlund, S., & Amundsen, E. J. (2010). Hva er misbruk og avhengighet?: Betegnelser, begreper og omfang. 4. Hentet fra <http://sirus.no/nor/>
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2012). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child Maltreatment*, 17(3), 231-241.
doi:10.1177/1077559512451787
- McCauley, J. L., Killeen, T., Gros, D. F., Brady, K. T., & Back, S. E. (2012). Posttraumatic stress disorder and co-occurring substance use disorders: Advances in assessment and treatment. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 19(3), 283-304.
doi:10.1111/cpsp.12006
- McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Acquilano, S., Xie, H., Alterman, A. I., & Weiss, R. D. (2009). A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors*, 34 892-897.
doi:10.1016/j.addbeh.2009.03.009

Medina, K. L., Schweinsburg, A. D., Cohen-Zion, M., Nagel, B. J., & Tapert, S. F. (2007).

Effects of alcohol and combined marijuana and alcohol use during adolescence on hippocampal volume and asymmetry. *Neurotoxicology and Teratology*, 29(1), 141-152. doi:10.1016/j.ntt.2006.10.010

Mills, K. L., Teesson, M., Back, S. E., Brady, K. T., Baker, A. L., Hopwood, S., . . . Ewer, P.

L. (2012). Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 308(7), 690-699.

Morrissey, J. P., Ellis, A. R., Gatz, M., Amaro, H., Reed, B. G., Savage, A., . . . Banks, S.

(2005). Outcomes for women with co-occurring disorders and trauma: Program and person-level effects. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2), 121-133. doi:10.1016/j.jsat.2004.08.012

Mueser, K. T., & Taub, J. (2008). Trauma and PTSD among adolescents with severe

emotional disorders involved in multiple service systems. *Psychiatric Services*, 59(6), 627-634. doi:10.1176/appi.ps.59.6.627

Mueser, T. K., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2006). *Integerert behandling av*

rusproblemer og psykiske lidelser (Andersen, T. M. & Linderorth, L. Overs.). Oslo Universitetsforlaget

Naar-King, S., & Suarez, M. (2011). *Motivational interviewing with adolescents and young*

adults. New York: The Guilford Press.

Najavits, L. M. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*

New York: The Guilford Press.

Najavits, L. M., Gallop, R. J., & Weiss, R. D. (2006). Seeking safety: Therapy for adolescent

girls with PTSD and substance use disorder: A randomized controlled trial *Journal of Behavioral Health Service & Research*, 33(4), 453-463.

Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K.

K., . . . Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes - Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 139-145. doi:10.1001/archpsyc.59.2.139

NKVTS. (2011). Kartlegging av traumatiske erfaringer (KATE). Hentet 09.03.2013, fra

Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress

<http://www.nkvts.no/fu/Sider/Kartleggingsinstrumenter.aspx>

Noordsy, D. L., Drake, R. E., Teague, G. B., Osher, F. C., Hurlbut, S. C., Beaudett, M. S., &

Paskus, T. S. (1991). Subjective experiences related to alcohol-use among schizophrenics *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(7), 410-414.

doi:10.1097/00005053-199107000-00004

Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer

hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*(49), 234-240.

Ortiz, L. (2010). *Motiverande samtal med ungdomar: Stöd vid rådgivning om levnadsvanor*.

Stockholm: Karolinska Institutets Folkhälsoakademi.

Ouimette, P., Coolhart, D., Funderburk, J. S., Wade, M., & Brown, P. J. (2007). Precipitants

of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD.

Addictive Behaviors, 32(8), 1719-1727. doi:10.1016/j.addbeh.2006.11.020

Ouimette, P., Read, J. P., Wade, M., & Tirone, V. (2010). Modeling associations between

posttraumatic stress symptoms and substance use *Addictive Behaviors*, 35, 64-67.

doi:10.1016/j.addbeh.2009.08.009

Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the*

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42(3), 269-278.

doi:10.1097/01.chi.0000037029.04952.72

- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1542-1554. doi:10.1016/s0006-3223(99)00262-0
- Reed, P. L., Anthony, J. C., & Breslau, N. (2007). Incidence of drug problems in young adults exposed to trauma and posttraumatic stress disorder- Do early life experiences and predispositions matter? *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1435-1442. doi:10.1001/archpsyc.64.12.1435
- Reigstad, B., Jørgensen, K., & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalences and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 58-66. doi:10.1080/08039480500504933
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?. *The Medical Journal of Australia*, 187(7), 35-39.
- Rosenberg, H. J., & Jankowski, M. K. (2009). Adolescents. I Mueser, K. T. Rosenberg, S. D. & Rosenberg , H. J. (Red.), *Treatment of posttraumatic stressdisorder in special populations: A cognitive restructuring program*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Rounds-Bryant, J. L., Kristiansen, P. L., & Hubbard, R. L. (1999). Drug abuse treatment outcome study of adolescents: A comparison of client characteristics and pretreatment behaviors in three treatment modalities. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(4), 573-591. doi:10.1081/ada-100101880

- Sacks, S., McKendrick, K., Sacks, J. Y., Banks, S., & Harle, M. (2008). Enhanced outpatient treatment for co-occurring disorders: Main outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*, 48-60. doi:10.1016/j.jsat.2007.01.009
- SAMHSA. (2011). *Results from the 2010 national survey on drug use and health: Summary of national findings*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
- Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Heath, A. C., Jacob, T., & True, W. (2007). The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction, 102*(2), 216-225. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01661.x
- Sbrana, A., Bizzarri, J. V., Rucci, P., Gonnelli, C., Doria, M. R., Spagnolli, S., . . . Cassano, G. B. (2005). The spectrum of substance use in mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry, 46*(1), 6-13. doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.017
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: A longitudinal survey. *BMC Public Health, 7*. doi:10.1186/1471-2458-7-30
- Schulenberg, J., Maggs, J. L., Dielman, T. E., Leech, S. L., Kloska, D. D., Shope, J. T., & Laetz, V. B. (1999). On peer influences to get drunk: A panel study of young adolescents. *Merrill-Palmer Quarterly-Journal of Developmental Psychology, 45*(1), 108-142.
- Sexton, T. L., & Alexanders, J. F. (2002). Functional family therapy for at-risk adolescents and their families. I T. Patterson (Red.), *Cognitive behavioral approaches* (Vol. 2). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect, 20*(8), 709-723. doi:10.1016/0145-2134(96)00059-2

- Simpson, T. L., & Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems - A review. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 27-77. doi:10.1016/s0272-7358(00)00088-x
- Souza, T., & Spates, R. C. (2008). Treatment of PTSD and substance abuse comorbidity. *Behavior Analyst Today*, 9(1), 11-26.
- Spates, C. R., Kock, E., Cusack, K., Pagoto, S., & Waller, S. (2009). Eye movement desensitization and reprocessings. I Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Red.), *Effektive treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress* (s. 279 -305). New York: The Guilford Press.
- Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B., Silva, S., Smith, S. F., & Blaustein, M. (2005). Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 433-439.
- Stefansen, K. (2007). *Fysisk vold fra foreldre*. (20/07).(s. 48-75). Oslo: NOVA.
- Steinberg, L. (2011). *Adolescence* (9. utgave.). New York: McGraw-Hill.
- Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120(1), 83-112. doi:10.1037//0033-2909.120.1.83
- Suarez, L. M., Belcher, H. M. E., Briggs, E. C., & Titus, J. C. (2012). Supporting the need for an integrated system of care for youth with co-occurring traumatic stress and substance abuse problems. *American Journal of Community Psychology*, 49(3-4), 430-440. doi:10.1007/s10464-011-9464-8
- Susman, Feagans, & Ray. (1992). Historical and theoretical perspectives on behavioral health in children and adolescents: An introduction. I Susman, E. J. Feagans, L. V. & Ray, W. J. (Red.), *Emotion, cognition, health, and development in children and adolescents* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Thomsen, P. H., & Skovgaard, A. M. (2007). *Børne og ungdoms psykiatri: En lærebog om børn og unges psykiske sygdomme*. (2 udgave.). København: FADL's forlag.
- Torchalla, I., Nosen, L., Rostam, H., & Allen, P. (2012). Integrated treatment programs for individuals with concurrent substance use disorders and trauma experiences: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment* 42, 65-77. doi:10.1016/j.jsat.2011.09.001
- Triffleman, E. (2000). Gender differences in a controlled pilot study of psychosocial treatments in substance dependent patients with post-traumatic stress disorder. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(3), 113-126. doi:10.1300/J020v18n03_10
- Triffleman, E., Carroll, K., & Kellogg, S. (1999). Substance dependence posttraumatic stress disorder therapy an integrated cognitive-behavioral approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1-2), 3-14. doi:10.1016/S0740-5472(98)00067-1
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. A., & Starzynski, L. L. (2006). Correlates of comorbid PTSD and drinking problems among sexual assault survivors. *Addictive Behaviors*, 31(1), 128-132. doi:10.1016/j.addbeh.2005.04.002
- van Dam, D., Vedel, E., Ehring, T., & Emmelkamp, P. M. G. (2012). Psychological treatments for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 32, 202-214. doi:10.1016/j.cpr.2012.01.004
- van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 293-317. doi:10.1016/s1056-4993(03)00003-8
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.

- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389-399. doi:10.1002/jts.20047
- Verdens helseorganisasjon. (2000). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Waldron, H. B., & Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 238-261. doi:10.1080/15374410701820133
- Williams, R. J., & Chang, S. Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology-Science and Practice, 7*(2), 138-166. doi:10.1093/clipsy/7.2.138
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Opland, E., Weller, C., & Latimer, W. W. (2000). The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. *Addiction, 95*(4), 601-612. doi:10.1046/j.1360-0443.2000.95460111.x